



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ – LILLE 2

**FACULTÉ DES SCIENCES JURIDIQUES,
POLITIQUES ET SOCIALES**

**MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES - MASTER DROIT ET POLITIQUES DE SANTÉ
ANNÉE 2019-2020**

**LA PRISE EN CHARGE DES DÉTENUS ATTEINTS DE
PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES**

SOUS LA DIRECTION DE MADAME NORA BOUGHRIET

ROPPA SHÉHÉRAZADE

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidées dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Madame Boughriet, Docteur en droit, et Responsable des affaires juridiques et des relations avec les usagers au Groupement Hospitaliers de Territoire de l'Artois. En tant que directeur de mémoire, elle m'a guidé dans mon travail et m'a aidé à trouver des solutions pour avancer.

Je souhaite remercier Madame Saison, responsable du Master Droit et politiques de santé qui nous a accompagné tout au long de l'année et nous a apporté de précieux conseils.

J'adresse également un remerciement à l'ensemble du corps enseignant du master droit et politiques de santé, qui m'a permis de recevoir une formation complète, grâce à laquelle j'ai pu développer mes connaissances et compétences dans de nombreux domaines.

Pour terminer, je tiens à remercier mes proches pour leurs conseils ainsi que mon amie Sarah qui a accepté de relire mon mémoire et qui m'a suggéré des améliorations.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
GLOSSAIRE.....	8
INTRODUCTION.....	10
PREMIÈRE PARTIE : UNE OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCÉRAL MARQUÉE PAR DE GRANDES AVANCÉES, MAIS TOUJOURS INÉGALITAIRE.....	26
TITRE I : LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE : DES CENTRES MÉDICO- PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX AUX UNITÉS SANITAIRES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.....	26
CHAPITRE 1 : L'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE.....	26
CHAPITRE 2 : UNE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE MAJORITAIREMMENT EFFECTUÉE AU SEIN DES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX.....	30
SECTION 1 : RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE.....	31
SECTION 2 : UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE.....	31
SECTION 3 : MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE	31
PARAGRAPHE 1 : LES ENTRETIENS.....	32
PARAGRAPHE 2 : LES PSYCHOTHÉRAPIES.....	33
PARAGRAPHE 3 : LES GROUPES ET ATELIERS THÉRAPEUTIQUES.....	34
A. LES GROUPES DE PAROLES.....	34
B. LES GROUPES THÉRAPEUTIQUES.....	34
C. LES ATELIERS THÉRAPEUTIQUES.....	35

TITRE 2 : L'HOSPITALISATION : UNE ARTICULATION ENTRE LES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX ET LES UNITÉS HOSPITALIÈRES SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉES.....	36
CHAPITRE 1 : L'HOSPITALISATION EN SERVICE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE RÉGIONAL.....	36
SECTION 1 : LES MODALITÉS D'ADMISSION.....	36
SECTION 2 : LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE.....	37
SECTION 3 : LE RÔLE DU PERSONNEL.....	37
SECTION 4 : LA NÉCESSITÉ DE METTRE EN PLACE UNE NOUVELLE FORME D'HOSPITALISATION.....	37
CHAPITRE 2 : L'HOSPITALISATION EN UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE.....	38
SECTION 1 : LE CADRE LÉGISLATIF.....	38
SECTION 2 : LA RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE.....	39
SECTION 3 : L'ADMISSION EN UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE....	40
PARAGRAPHE 1 : LA PROCÉDURE D'ADMISSION AVEC CONSENTEMENT EN SOINS LIBRES.....	41
PARAGRAPHE 2 - LA PROCÉDURE D'ADMISSION SANS CONSENTEMENT, ORDONNÉS PAR L'AUTORITÉ ADMINISTRATIVE OU JUDICIAIRE (SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT (SPDRE))....	41
SECTION 4 - LES DÉTENUS CONCERNÉS.....	42
SECTION 5 - LES MODALITÉS DE L'HÉBERGEMENT.....	43
SECTION 6 : LA VIE QUOTIDIENNE ET LES ACTIVITÉS.....	44

PARAGRAPHE I : LES VISITES.....	44
PARAGRAPHE II : LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTÉRIEUR.....	45
PARAGRAPHE III : LES ACTIVITÉS.....	45
SECTION 7 : LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE.....	46
SECTION 8 : LES TRANSPORTS.....	46
PARAGRAPHE I : LES TRANSPORTS DE L'ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE À L'UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE.....	47
PARAGRAPHE II : LES TRANSPORTS DE L'UHSA VERS L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE.....	47
PARAGRAPHE II : LES TRANSPORTS DE L'UHSA VERS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ POUR DES SOINS SOMATIQUES.....	47
PARAGRAPHE III : LES TRANSPORTS DES PERSONNES DÉTENUES PARTICULIÈREMENT SIGNALÉES.....	48
SECTION 9 : L'ARTICULATION DE L'UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE AVEC LES AUTRES STRUCTURES DE SOINS.....	48
PARAGRAPHE I : L'ARTICULATION AVEC LES UNITÉS SANITAIRES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.....	48
PARAGRAPHE II : L'ARTICULATION AVEC LES UNITÉS HOSPITALIÈRES SÉCURISÉES INTERRÉGIONALES (UHSI).....	49
SECTION 10 : UNE AVANCÉE MAJEURE À PERFECTIONNER.....	49
CHAPITRE 3 : L'HOSPITALISATION EN UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES.....	51
SECTION I : LES MODALITÉS D'ADMISSION.....	52

SECTION II : LE FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ.....	53
SECTION III : LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE.....	54
CHAPITRE 4 : LE CAS PARTICULIER DU CENTRE DE CHÂTEAU-THIERRY...55	
SECTION I : LA CONFIGURATION DE LA STRUCTURE.....	56
SECTION II : LES MODALITÉS D'ADMISSION.....	57
SECTION III : L'EFFECTIF ET LA POPULATION ACCUEILLIE.....	58
SECTION IV : LES RELATIONS AVEC L'EXTÉRIEUR.....	59
SECTION V : L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES.....	59
SECTION VI - DES DYSFONCTIONNEMENTS IMPORTANTS CONSTATÉS PAR LE CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ.....	60
DEUXIÈME PARTIE : LES PROBLÉMATIQUES PROPRES AU MILIEU CARCÉRALE :OBSTACLES À UNE PRISE EN CHARGE EFFECTIVE.....61	
TITRE I : LES ATTEINTES RÉGULIÈRES AUX DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES DÉTENUES.....62	
CHAPITRE I : LES INSTANCES GARANTES DU RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX.....62	
CHAPITRE II : LA MÉCONNAISSANCE CHRONIQUE DU DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITÉ.....64	
SECTION I - L'ENCADREMENT DU DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITÉ.....	64
SECTION II : LES MESURES D'ISOLEMENTS ET DE CONTENTIONS : UNE ATTEINTE RÉGULIÈRE AUX LIBERTÉS FONDAMENTALES.....	67
CHAPITRE II : LE NON RESPECT DU SECRET MÉDICAL.....71	

SECTION I - L'ENCADREMENT LÉGISLATIF DU DROIT AU RESPECT DU SECRET MÉDICAL.....	71
SECTION II : LA DIFFICILE APPLICATION DE CE DROIT EN MILIEU CARCÉRAL.....	73
PARAGRAPHE I : UNE PROBLÉMATIQUE À TOUS LES STADES DE LA PRISE EN CHARGE.....	73
PARAGRAPHE II : LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS.....	74
PARAGRAPHE III - L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL.....	74
TITRE II : LA FORMATION NÉCESSAIRE DU PERSONNEL PÉNITENTIAIRE.....	75
CHAPITRE I - LES ENJEUX DE LA FORMATION DU PERSONNEL.....	75
SECTION I - L'ENCADREMENT LÉGISLATIF DU PERSONNEL PENITENTIAIRE.....	76
SECTION 2 : UNE PROBLÉMATIQUE FAISANT L'OBJET DE RECOMMANDATIONS RÉGULIÈRES DU CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ.....	78
CONCLUSION.....	83
BILIOGRAPHIE.....	84

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

CHRU : Centres hospitaliers régionaux et universitaires

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

SPDRE : Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État

UMD : Unités pour malades difficiles

EPM : Établissements pénitentiaires pour mineurs

ONU : Organisation des Nations Unies

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CMPR : Centres Médico-Psychologiques Régionaux

SMPR : Service médico-psychologique régional

CEDH : Cour Européenne des droits de l'Homme

CSP : Code de la santé publique

UHSI : Unité hospitalière sécurisée interrégionale

UCSA : unité de consultations et de soins ambulatoires

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CPU : Commission pluridisciplinaire unique

CHCT : Centre hospitalier de Château-Thierry

EPSMD : Etablissement Public de Santé Mentale Départemental de l'Aisne

UMPA : Unité médico-psychologique ambulatoire

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

DPS : Détenu particulièrement signalé

QMC : Quartier maison centrale

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé

HAS : Haute autorité de santé

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation.

INTRODUCTION

« Certaines personnes estiment qu'en nourrissant et en entretenant bien les détenus on se conforme à la loi, et que cela suffit. Si avili qu'ils soient, tout individu exige d'instinct le respect de sa dignité d'homme. Il se sait un détenu, un réprouvé, il connaît les distances qui le sépare de ses supérieurs, mais ni les chaînes, ni les marques de flétrissure ne lui font oublier qu'il est un homme. Et puisqu'il en est un, on doit le traiter comme tel. »

Dostoïevski, *Souvenirs de la maison des morts*, 1862

Depuis la fin des années 1990, la question de l'accès aux soins psychiatriques pour les détenus inquiète de multiples organismes. En effet, si la prison et la psychiatrie sont deux institutions que l'opinion public assimile très fréquemment ensemble, la prise en charge psychiatrique des personnes détenues ne semble pas si évidente.

Au sein de la population carcérale, les personnes atteintes de pathologies psychiatriques sont majoritaires. Compte tenu de la complexité de leur prise en charge, de leur évolution et de leur complication, ces pathologies représentent un enjeu majeur de santé publique, mais surtout de santé pénitentiaire.

L'un des éléments déclencheurs de cette prise de conscience vis-à-vis de cet enjeu est la publication d'un rapport de Pierre Pradier, ancien président de Médecins du Monde, à propos de la gestion de la santé dans les établissements pénitentiaires¹. En effet, ce rapport a provoqué l'indignation publique autour des dysfonctionnements du milieu carcéral français, et l'expression « prison-asile » a été dès lors fréquemment utilisée pour dénoncer la faible efficacité des soins psychiatriques pour les détenus.

¹ La Gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives : documents, visites, entretiens, réflexions/ Pierre Pradier ; Ministère de la justice, 30 septembre 1999.

Pour comprendre cet enjeu, il faut commencer par rappeler qui sont les personnes détenues au sens de la loi.

La personne incarcérée peut avoir deux statuts différents: elle peut être prévenue ou détenue. Une personne « prévenue » est une personne qui a été placée en détention provisoire par une autorité judiciaire avant son jugement ou sa condamnation. Le prévenu n'a donc pas encore été jugé coupable, et il est donc présumé innocent aux yeux de la loi.

Au contraire, le terme « détenu » désigne « *toute personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire* »². Dans ce cas, la personne a reçu un jugement définitif.

Qu'elles soient détenues ou prévenues, les personnes privées de liberté sont placées dans différentes structures, que sont les établissements pénitentiaires. Il s'agit des lieux d'exécution de la détention provisoire ou de la peine privative de liberté. Juridiquement, ils se définissent par l'existence d'un greffe judiciaire, et par l'acte d'écrou par lequel le chef d'établissement constate la légalité de l'incarcération de la personne concernée.

Il existe trois catégories d'établissements pénitentiaires : les maisons d'arrêt, les établissements pour peine et les établissements accueillant des personnes mineures.

Les maisons d'arrêt sont, de manière générale, les lieux de détention provisoire. Exceptionnellement, lorsque des conditions tenant à la préparation de leur libération, leur situation familiale ou leur personnalité le justifient, elles accueillent les personnes condamnées à une peine d'une durée inférieure ou égale à deux ans, ainsi que les personnes qui sont en attente d'affectation dans un établissement pour peine.

La catégorie des établissements pour peine regroupe quatre types de centres : les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées. Ces centres accueillent toutes les personnes étant condamnées définitivement à

² PECHILLON Eric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Paris, L.G.D.J., 1998, p. 227.

une peine privative de liberté, ainsi que les personnes condamnées faisant l'objet d'une mesure d'aménagement de peine sous forme de semi-liberté ou de placement extérieur.

Enfin, les établissements accueillant des personnes mineures répondent au principe essentiel de séparation des détentions des mineurs et des majeurs³. Pour les jeunes filles détenues, sept établissements pénitentiaires pour mineur (EPM) sont spécialement équipés pour les accueillir.

Lorsque l'on s'intéresse à la santé en détention, la première problématique est le nombre colossal de personnes présentant des troubles psychiatriques.

Selon l'OMS les troubles mentaux « regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux.

Ils comprennent par exemple la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale et les troubles dus à l'abus de drogues. La plupart de ces troubles se traitent »⁴.

Face à ce constat, la question est donc celle de savoir quel est le taux de personnes atteintes de troubles mentaux au sein des prisons françaises.

Publiée en 2006, une enquête épidémiologique conduite à la demande du ministère de la justice et du ministère chargé de la santé entre 2003 et 2004 a permis de dresser le constat de la prévalence des maladies mentales sur les personnes détenues. Établie sur un échantillon de mille personnes détenues tirées au sort, cette enquête révèle que 35% à 42% des détenus sont

³ Article R 57-9-11 du code de procédure pénale : “A titre exceptionnel, une personne détenue qui atteint la majorité en détention peut être maintenue dans un quartier des mineurs ou un établissement pénitentiaire spécialisé pour mineurs. Elle ne doit avoir aucun contact avec les prévenus âgés de moins de seize ans. Elle ne peut être maintenue dans un tel établissement au-delà de l'âge de dix-huit ans et six mois.”

⁴ OMS, Troubles mentaux, 29 novembre 2019.

considérées comme « manifestement malades, gravement malades, ou parmi les patients les plus malades »⁵.

En 2007, une seconde étude avait révélé que « 8 détenus masculins sur 10 souffraient de troubles psychiatrique, et 24 % d'entre eux souffraient d'un trouble psychotique. Aussi, 62 % des femmes et 40 % des hommes détenus présentent un risque suicidaire »⁶.

Aussi, en milieu pénitentiaire, ces pathologies sont d'autant plus complexes par leur diversité et leur origine.

En ce qui concerne leur diversité, elle se traduit par une clinique dense: conduites addictives, troubles anxieux et troubles du sommeil, trouble de la personnalité ou personnalités pathologiques, troubles dépressifs, automutilation, troubles du comportement auto-agressif ou hétéro-agressif.

Mais surtout, l'indicateur le plus important de la présence des troubles mentaux en prison est le taux de suicides et de tentatives de suicides.

Les taux sont en constante augmentation. En 2018, 131 personnes se sont données la mort en détention, contre 117 en 2017. En 2016, le taux de suicide dans les prisons française était de 21,2 suicides pour 10 000 détenus⁷. Il s'agit de l'un des taux les plus élevé d'Europe.

Ce taux de suicide en milieu carcéral peut s'expliquer par de nombreux facteurs. Il peut premièrement être la conséquence d'un manque de prise d'initiative des intervenants sanitaires sur la santé des détenus, selon le rapport santé justice⁸, ainsi qu'un manque de réactivité face au signalement.

⁵ Drees, *Etudes et résultats*, n° 181, juillet 2002.

⁶ ROUILLON ; Anne DUBURCQ Francis FAGNANI ; Bruno FALISSARD *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*. 2017.

⁷ Denis Faustine, Grohens Marc, « Psychiatrie et prison », *Laennec*, n°64, 2016, p. 18-31.

⁸ Rapport Santé-Justice IGAS/IGSJ, rapport d'étape de l'application de la loi de 1994.

Dans ce sens, une circulaire du ministère de la justice relative à la prévention des suicides⁹ a été diffusée à l'ensemble des établissements pénitentiaires. Selon cette circulaire, la prévention s'articule autour de trois points principaux :

- le premier point concerne l'accueil du détenu : il s'agit de la première impression du détenu sur ce que sera sa vie quotidienne durant un temps plus ou moins long. C'est pourquoi l'accueil doit être soigné et détaillé, qu'il s'agisse d'informations sur les locaux, sur le personnel, ou sur les activités,
- ensuite, le repérage des détenus à risque doit faire l'objet d'une formation approfondie, il doit retenir l'attention particulière du personnel pénitentiaire,
- enfin la prévention du suicide passe également par les choix en matière de mesure disciplinaire : les quartiers disciplinaire et les mesures d'isolement doivent rester exceptionnels.

Dès lors, la recommandation principale est de mobiliser l'ensemble du personnel pénitentiaire afin de mettre en place des procédures d'échange d'information, et de traitement de ces informations.

Selon le Professeur Terra, psychiatre et spécialiste du suicide, la prévention du suicide peut s'appuyer sur le repérage de la crise suicidaire, qui peut être plus facile en mettre en oeuvre en milieu pénitentiaire grâce à un entourage qui est peu changeant.

La crise suicidaire est un processus psychique qui évolue sur plusieurs semaines et qui peut aboutir à la mise en œuvre d'un scénario suicidaire puis à son application, qui peut consister en une simple idéalisation suicidaire. Il s'agit d'un processus évolutif temporaire mais aussi et surtout réversible. Ce processus peut être identifié grâce à certains critères tels que l'existence d'antécédents psychiatriques, ou l'existence d'antécédents d'automutilation ou d'hétéro-

⁹ Circulaire du 29 mai 1998 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires. Bulletin officiel du ministère de la justice n° 98/71 p. 184-193.

agressions, ainsi que par des critères tenant à la personnalité du détenu : il peut présenter une impulsivité, un niveau élevé d'agressivité, ou encore une très forte intolérance à la frustration, ou au contraire un isolement très marqué.

Cependant, certains suicides ne sont pas précédés d'une crise suicidaire, et résultent non pas d'un choix déterminé et lucide mais d'une impulsion.

Par ailleurs, le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants constate une augmentation du taux de suicide corollaire à la surpopulation carcérale.

Aussi, le Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé dans son avis n° 94 de novembre 2006 relatif à la médecine et à la santé en prison, dénonce que *«l'accès aux soins et à la protection de la santé en prison continue de poser des problèmes éthiques majeurs»*, en particulier à cause de *«la surpopulation carcérale et le non-respect du droit à l'hygiène, à l'intimité, à la salubrité des locaux et à des conditions de vie dégradantes pour la santé physique et mentale»*.

En effet, au fil des années, la problématique de l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes détenues s'est révélée d'autant plus importante du fait de l'augmentation de la population pénitentiaire en France depuis la fin du 20^e siècle, et de l'émergence d'un nouveau phénomène qui est celui de la surpopulation carcérale. La situation de surpopulation carcérale est une situation dans laquelle le nombre de personnes détenues est supérieur au nombre de places disponibles dans les établissements pénitentiaires.

Cette situation peut s'expliquer notamment par la mise en place de nouvelles infractions punies d'emprisonnement, la création de peines planchers, ou encore par l'émergence de nouvelles procédures de jugement telles que la comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité.

Le phénomène de surpopulation carcérale concerne principalement les maisons d'arrêt, puisqu'elles sont les seules à disposer d'une capacité d'accueil illimitée, aucun numerus clausus ne leur étant appliqué, contrairement aux établissements pour peine, maisons centrales et centres de détention.

Les derniers chiffres font cependant état d'une légère baisse du taux de détenus : au 1er avril 2020, 77 378 personnes étaient écrouées en France, dont 65 300 personnes détenues ce qui constitue un recul de 7,6% comparé au 1er avril 2019, où l'on dénombrait 71 828 personnes détenues¹⁰.

Les automutilations également sont très fréquentes en milieu carcéral. Elles constituent une forme récurrente d'expression de la violence, sous diverses formes : phlébotomies localisées sur les avant-bras, entailles dans la région abdominale plus ou moins profondes, scarifications, voire même section de doigts ou d'orteils, ingestion d'objets dangereux tels que les lames de rasoirs etc. Selon Betty Brahmy, « Le corps a une place particulière en prison, c'est le dernier espace privé, l'espace d'autonomie »¹¹. Fréquemment l'automutilation est le symbole de retournement sur soi-même de la violence afin d'éviter de s'extérioriser et d'en subir les conséquences (sanctions disciplinaires, allongement de peine, représailles des codétenus).

En plus de la surpopulation carcérale, il existe d'autres explications à l'augmentation des troubles mentaux en milieu pénitentiaire.

La première est appelée par la doctrine « la crise de l'expertise ». L'expertise représente un point crucial puisqu'elle détermine la possibilité ou non pour un suspect d'être déclaré

¹⁰ Ministère de la justice – DAP/SDEx/Ex3.

¹¹ Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2015, p. 726-730

irresponsable pour les faits qui lui sont reprochés, en application des dispositions de l'article 122-1, 1er alinéa du Code pénal. Trois cas sont alors possibles :

- Soit l'expert reconnaît une irresponsabilité pénale au sens de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal : dans ce cas, si le juge d'instruction ne sollicite pas de contre-expertise, il prononce un non-lieu et le dossier est transmis au préfet qui peut, au regard des éléments de l'expertise (et souvent d'un certificat médical réglementaire), signer un arrêté d'hospitalisation d'office réalisé dans le secteur d'appartenance de la personne malade ;
- Soit l'expert conclut à la responsabilité : dans ce cas les soins psychiatriques sont dispensés en détention si le détenu est consentant. Si il n'est pas consentant il peut être fait application de l'article D 398 du Code de procédure pénale ¹² qui prévoit qu'un détenu malade mental peut être hospitalisé d'office dans le secteur psychiatrique;
- Soit l'expert est en faveur d'une responsabilité atténuée selon l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal. Dès lors, aucune mesure spécifique ne peut être envisagée.

L'expertise est un outil obligatoire en matière criminelle, mais qui est laissé à la discrétion du magistrat instructeur pour les affaires délictuelles. La procédure est la suivante : un psychiatre est désigné par le magistrat qui est en charge du dossier, et il doit répondre à une liste de questions dressée au préalable, qui concerne l'état psychiatrique du prévenu : il peut s'agir de questions sur le lien éventuel du trouble mental avec les faits commis, la possibilité pour le sujet d'être curable ou réadaptable, ou encore sa dangerosité potentielle.

Enfin, l'expert rend un avis sur sa responsabilité pénale, il ne s'agit donc pas d'une décision qui lie le magistrat.

¹² Article D 398 du Code de procédure pénale : Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique.

Aujourd'hui, de moins en moins d'expertises prononcent l'irresponsabilité pénale. Cette tendance peut s'expliquer par plusieurs raisons. De manière générale, les experts sont de moins en moins nombreux. Si on compte aujourd'hui 13 000 psychiatres en France, seul 800 d'entre eux sont inscrits sur les diverses listes d'experts. Parallèlement à ces chiffres, la demande d'expertise est de plus en plus forte, ce qui conduit à une pénurie de l'expertise judiciaire.

De plus, les conditions matérielles d'exercice des psychiatres au pénal sont souvent peu propices à l'effectivité de l'expertise. Aussi, le fonctionnement judiciaire, et celui des cours d'Assises et des cours d'appel, requiert une mobilisation beaucoup plus forte que dans toute autre pratique, pour une rémunération bien plus faible.

La troisième raison à l'augmentation du taux de personnes atteintes de troubles mentaux en prison est l'utilisation de la cause d'irresponsabilité pénale. Historiquement, le droit pénal français consacrait le principe d'irresponsabilité pour toutes les personnes atteintes de maladies mentales. Cela s'explique par le fait que la qualification de l'infraction nécessite la réunion de deux éléments constitutifs : la réalisation ou la tentative de réalisation de l'acte, ainsi que l'intention de le commettre. En ce qui concerne les malades mentaux, l'intention de commettre l'acte fait défaut.

L'entrée en vigueur du Nouveau Code pénal le 1er mars 1994¹³ marque l'évolution de ce régime. En effet, l'article 122-1 du code pénal dispose désormais :

« N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite

¹³ Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 relative à l'entrée en vigueur du nouveau code pénal et à la modification de certaines dispositions de droit pénal et de procédure pénale rendue nécessaire par cette entrée en vigueur.

du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état »¹⁴.

Ainsi, le nouveau régime d'irresponsabilité opère une double innovation. La première est le changement de terminologie sur le plan médical pour désigner les troubles mentaux : alors que la rédaction de l'ancien code faisait référence à des « démences », il parle désormais de « troubles psychiques » ou « neuropsychiques ». L'introduction de ces termes permet alors d'élargir le champ des maladies mentales concernées, en impliquant alors la schizophrénie, paranoïa ou psychose maniaco-dépressive.

La seconde modification concerne l'ajout de la notion de « discernement altéré ». Dans cette situation, le discernement de la personne est simplement altéré ou le contrôle de ses actes est entravé sans pour autant avoir supprimé son libre arbitre.

En d'autres termes, soit l'abolition du discernement fait obstacle à l'imputabilité de l'infraction qui sera alors réputée non constituée faute d'élément moral, dans ce cas, le juge d'instruction rend une « ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental » (et non plus une ordonnance de non-lieu), soit le discernement est simplement altéré et ne constitue pas une cause d'irresponsabilité pénale.

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, prévoyait que lorsqu'une personne était déclarée irresponsable pénalement, l'autorité judiciaire devait en informer immédiatement le représentant de l'Etat dans le département afin que celui-ci prenne toute

¹⁴ Article 122-1 du code pénal.

mesure utile et si il le faut, qu'il prononce l'hospitalisation d'office de cette personne dans un établissement psychiatrique.

Ce dispositif a par la suite été renforcé par la loi du 25 février 2008 qui prévoit désormais que l'hospitalisation d'office peut être prononcée par le tribunal correctionnel et par la cour d'assise, si l'irresponsabilité a été établie par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure.

Dès lors, les magistrats concluent de moins en moins à l'irresponsabilité pénale et privilégient désormais la notion d'altération du discernement. Cependant, selon une analyse de M. Jean-Pierre Getty, conseiller à la cour d'appel de Paris, et président de la cour d'assises de Paris, la conséquence de la notion d'altération du consentement se trouve essentiellement dans la durée de la peine : les jury ont tendance à prononcer des peines plus longues, car ils considèrent que les personnes concernées présentent une dangerosité très élevée qui implique un fort risque de récidive.

Autre raison à l'augmentation du taux de troubles psychiatriques, qui trouve non plus son origine dans des faits préalables à la détention mais dans des faits inhérents à la détention : les conditions de détention.

En effet, pour toute personne et ce de manière récurrente, l'enfermement est générateur de nouveaux facteurs de stress. Cela s'explique par de nombreuses raisons. En elle même, la prison est un endroit très anxiogène. Les personnes incarcérées perdent brutalement leurs repères sociaux et temporeux, la mobilité est réduite, les sens sont très peu stimulés. La nutrition est peu variée et elle ne dépend pas des choix du détenu, et il existe une très forte promiscuité entre les détenus et donc par conséquent une intimité très faible, et un rythme de vie qui n'est plus maîtrisé exclusivement par le sujet. De plus, la vie quotidienne se déroule dans un environnement majoritairement hostile.

Les contacts avec l'extérieur, avec la famille, les amis sont fortement réduits et encadrés, ce qui peut entraîner des ruptures affectives.

De plus certains régimes de détention peuvent entraîner le développement de troubles psychiatriques car ils mettent à l'épreuve le psychisme du détenu, qui est alors confronté à un environnement plus dur : il s'agit des mesures d'isolement ou des mesures de cellule disciplinaire.

Cette augmentation progressive des troubles mentaux au sein des établissements pénitentiaires a amené le législateur à encadrer l'accès aux soins des détenus. Dès lors il s'agit d'identifier la consécration de leurs droits notamment dans le domaine de la santé mentale.

Ce sujet a connu une très grande évolution. Initialement le détenu n'avait plus aucun droit, mais progressivement, presque tous lui ont été restitués, excepté celui de la liberté fondamentale d'aller et de venir.

Dès le début des années 1900, Joseph Pierre Grasset, neurologue et psychiatre réputé de l'époque, rappelait le principe intangible du soin des criminels atteints de troubles psychiatriques dont « *l'irrespect était la porte ouverte à toutes les dérives* ».

Juridiquement, l'accès aux soins pour les détenus est conditionné par le principe fondamental d'équivalence des soins par rapport à la population générale, garanti tant au niveau des normes européennes, qu'au niveau des normes internes.

Ainsi, une personne placée sous main de justice possède des droits identiques aux personnes qui ne font pas l'objet d'une mesure de privation de liberté. La Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) veille d'ailleurs au respect de ce principe notamment sur la base de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme qui dispose que « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »¹⁵.

¹⁵ Article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Au niveau européen, ce principe est repris dans la Recommandation R 98-7 sur les « aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire » élaborée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe. Par ailleurs, il est également repris par le Comité Européen de Prévention de la Torture dans la Convention Européenne de prévention de la Torture, entrée en vigueur depuis 1989.

En France, on retrouve ce principe à l'article L6112-2 du Code de la Santé Publique, selon lequel le service public hospitalier assure les soins aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire, en milieu hospitalier, et ce, depuis 1994.

Plus spécifiquement, l'égalité d'accès aux soins psychiatriques est également prévu par le même code, au sein du chapitre spécifiquement dédié aux service médico- psychologique régional.

Aussi, le Conseil de l'Ordre des médecins, dans un avis de 1996 relatif à la prise en charge sanitaire des détenus aux missions du service public hospitalier¹⁶ écrit : « *les détenus sont des personnes comme les autres. Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination en raison de leur détention ou de ses causes. Au contraire, en tant que personnes privées de liberté, ils doivent faire l'objet d'une attention particulière* ».

La première grande évolution de la législation a été la note du ministère de la justice du 5 octobre 1950 : elle était adressée à un directeur de circonscription pénitentiaire par la chancellerie qui lui conseillait de mettre en place un dépistage des anomalies mentales par une personne qualifiée. Longtemps, la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'est cantonnée principalement à ce travail de dépistage.

Ensuite il y a eu la circulaire du 30 septembre 1967. Il s'agit d'un texte qui émane du ministère de la justice et qui institue les centres médicaux psychologiques régionaux. À cette époque il y en avait 26, et leur mission s'ajoutait à celle des établissements spécialisés pour

¹⁶ Conseil National de l'Ordre des médecins, «Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire », Professeur HOERNI, 16 avril 1996.

les détenus condamnés à une longue peine. Leurs actions étaient spécialement tournées vers les prévenus et les condamnés de courte peine.

La loi du 18 janvier 1994, bien qu'elle ne concerne pas exclusivement les soins psychiatriques, a eu une incidence importante sur le fonctionnement des services de santé au sein des établissements pénitentiaires. L'article 46 de cette loi dispose que « *La prise en charge de la santé des personnes détenues est assurée par le service public hospitalier. La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficient l'ensemble de la population* »¹⁷.

Avant cette loi, la prise en charge sanitaire des détenus était essentiellement assurée par l'administration pénitentiaire. À compter de 1994, l'organisation et la mise en œuvre des soins somatiques ont été transférés du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Également, l'ensemble des détenus bénéficie de la protection sociale dès leur incarcération en étant affilié au régime général de la sécurité sociale.

Le sénateur Nicolas About rappelait l'importance de la création de dispositions particulières pour la santé des détenus dans la loi pénitentiaire : « *La prison est un lieu de vie. Certains il passe une ou plusieurs parenthèse courte de leur existence. D'autres qui reste de nombreuses années. On n'y accouche, on passe des journées des nuits plus ou moins rapide et parfois, malheureusement, on n'y meurt. C'est parce que la prison est un lieu de vie clos mais aussi un lieu d'ouverture sur la vie sociale que la santé des détenus doit faire l'objet de dispositions particulières* »¹⁸.

Par ailleurs, Robert Badinter dans son discours à l'Assemblée nationale en juin 2000 déclare que cette loi met fin à « *ce qui été appelée la médecine pénitentiaire, qui était une médecine des sous hommes. Devant la maladie tout être humain doit être également traité* ».

¹⁷ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

¹⁸ N. ABOUT, Avis au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi pénitentiaire.

D'un point de vue institutionnel, l'évolution a conduit à ce que la coordination entre la santé et la justice s'effectue aujourd'hui à plusieurs niveaux.

Au niveau national, elle est assurée par le comité interministériel santé-justice, présidé conjointement par le garde des Sceaux et le ministre chargé de la Santé, ou leurs représentants. Ce comité se charge d'examiner, une fois tous les ans, toutes les questions qui se rapportent à la prévention, à l'organisation des soins, à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale, et à la sécurité sanitaire des établissements pénitentiaires.

Au niveau régional, la commission santé-justice, qui se réunit également une fois par an, est chargée de planifier l'organisation des soins, de décliner les axes de la politique définie au niveau national, et de mettre en oeuvre la coordination de l'ensemble des partenaires compétents.

Enfin, au niveau local, la coordination des acteurs se traduit essentiellement par les modalités de fonctionnement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire. Cette coordination peut être scindée en trois parties : la coordination dite fonctionnelle, relative aux dispositifs de prise en charge, la coordination institutionnelle, impliquant les relations entre les unités sanitaires et les directions des établissements sanitaires et pénitentiaires, et enfin une troisième partie dédiée à l'organisation des actions de promotion de la santé destinées aux personnes détenues.

Bien que les droits des détenus tenant à leur santé aient progressivement été renforcés, la santé psychiatrique en prison est aujourd'hui l'un des plus grands enjeux du milieu pénitentiaire. Dans un avis publié le 22 novembre 2019, Adeline Hazan, CGLPL déclarait que la situation était très sombre: « *Des pathologies lourdes aggravées par l'enfermement et l'isolement, un risque de suicide accru et des conditions de détention qui perturbent l'accès aux soins, nuisent à leur efficacité et, finalement, privent la sanction pénale de son sens* »¹⁹.

¹⁹ Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

Dès lors, on peut se poser la question suivante, comment les pathologies psychiatriques sont-elles prises en charge en milieu carcéral ?

Nous verrons dans un premier temps que si l'offre de soin a bien évolué, elle reste cependant insuffisante et qu'il existe des contraintes propres à la vie carcérale qui se répercutent sur l'effectivité de l'accès aux soins.

PREMIÈRE PARTIE - UNE OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCERAL MARQUÉE PAR DE GRANDES AVANCÉES, MAIS TOUJOURS INÉGALITAIRE

La dispense des soins psychiatriques en milieu carcéral est organisée en deux niveaux : le premier niveau regroupe des soins ambulatoires, et le second niveau concerne les soins requérant une hospitalisation à temps partiel ou à temps complet.

TITRE I - LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE : DES CENTRES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX AUX UNITÉS SANITAIRES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

CHAPITRE 1 - L'ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE

En terme de structures, l'avancée majeure de l'offre de soins psychiatriques est issue de la circulaire du 30 juillet 1967, qui officialise la création des premiers Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR). Pourtant, c'est seulement 10 ans plus tard que la circulaire interministérielle justice-santé du 28 mars 1977 prévoit la mise en place de 17 CMPR, et en constitue la base réglementaire.

Les CMPR se sont avérés les pionniers des soins psychiatriques en prison étant donné qu'ils permettaient une prise en charge thérapeutique dès l'arrivée du détenu et sa continuité à travers un suivi.

La création des CMPR avait comme visée de se substituer aux annexes psychiatriques. Leur mission devait être complémentaire à celle des établissements spécialisés pour les détenus condamnés à une longue peine ou aux consultations des psychiatres vacataires, mais en pratique, elles étaient majoritairement tournées vers les prévenus et condamnés à de courtes peines.

Après quelques années d'utilisation des CMPR, le Haut Comité de la Santé Publique établit en 1992 un rapport dit « Rapport Chodorgue », qui constitue l'un des premiers rapports dressant un constat accablant de la prise en charge sanitaire des détenus. Dans ce rapport, il constate que l'administration pénitentiaire n'a pas les moyens de mener une politique de santé adaptée face à l'accumulation des pathologies de manière générale mais surtout des pathologies psychiatriques. Il fait état de locaux inappropriés, de manque de personnel surveillant, ainsi que de personnel médical, et que les services spécialisés, dont les services de psychiatrie sont extrêmement rares.

Le rapport dresse le constat suivant : *«il est indispensable que les personnes incarcérées puissent bénéficier dans leur ensemble d'un accès aux soins de qualité identique à celui qui est offert à la population générale»*²⁰. Dès lors, il propose de confier au ministère de la Santé la réalisation des soins, et établit ainsi les bases de la loi de 1994.

La loi du 18 janvier 1994 prévoit donc que chaque établissement pénitentiaire établit un protocole avec l'hôpital de rattachement géographique, organisant les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), et instaure que la psychiatrie bénéficiera de l'intervention du secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile.

Les UCSA sont désormais présentes dans tous les établissements pénitentiaires. Elles ont pour mission d'assurer des consultations de médecine générale mais également des consultations de médecine spécifique, telles que la distribution de médicaments ainsi que la mise en place d'actions d'éducation et de prévention.

L'UCSA est constituée par une équipe hospitalière pluridisciplinaire, et elle est installée en détention à l'intérieur de locaux qui sont spécialement aménagés par l'administration pénitentiaire et qui en assure la garde. Cependant, l'unité reste pleinement intégrée dans l'organisation de l'établissement de santé. L'UCSA organise les consultations nécessaires au suivi des personnes détenues, ainsi que les consultations spécifiques en milieu pénitentiaire.

²⁰ Santé en milieu carcéral: Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, 1993

Les consultations de suivi des personnes détenues sont organisées sur la base de demandes formulées soit par le détenu soit par le personnel pénitentiaire ou alors par un tiers agissant dans l'intérêt du détenu (aidant, famille etc).

En général, les consultations effectuées à l'UCSA ne relèvent pas de la psychiatrie. Cependant il n'est pas impossible pour le personnel de l'unité de prendre en charge ce type de pathologie.

En effet, l'une des missions de l'UCSA est de visiter les personnes maintenues en isolement ou en quartier disciplinaire.

La visite des personnes placées en quartier disciplinaire est justifiée par la dureté de cette mesure. Familièrement appelé « le mitard », il s'agit d'un lieu de privation au sein même de la prison dans le but de sanctionner le détenu ayant transgressé les règles de fonctionnement carcéral. Il s'agit d'un des lieux les plus complexe du milieu pénitentiaire, le détenu y est totalement isolé et ne croise aucun autre détenu. Il ne peut plus participer aux activités dispensées au sein de l'établissement, les parloirs sont supprimés et les balades sont restreintes. Dans ces conditions, l'isolement est tel qu'il peut aboutir à des troubles psychiatriques : épisodes psychotiques réactionnels, stress post-traumatique voir tentatives de suicide. En effet, le taux de suicide des quartiers disciplinaires est nettement supérieur à la normale.

Conformément aux dispositions du code de procédure pénale, la liste des personnes placées en quartier disciplinaire est communiquée chaque jour aux équipes médicales de l'UCSA. Ainsi, les médecins se rendent au quartier disciplinaire, et effectuent une visite médicale. Cette visite peut s'effectuer dans la cellule de la personne détenue, dans un local du quartier disciplinaire, ou alors si son état le nécessite, le détenu est transféré dans un local de l'UCSA. Ces visites doivent s'effectuer au minimum deux fois par semaine et autant de fois que le médecin l'estime nécessaire. Très fréquemment la personne détenue placée dans un quartier disciplinaire est sous traitement psychothérapeutique, il appartient donc aux médecins de

s'assurer de la continuité de la prise du traitement et de s'assurer de la conformité de la mesure à l'état psychiatrique du détenu. Dans le cas contraire, le médecin signale son avis dans un certificat médical qu'il remet au chef d'établissement pénitentiaire.

En ce qui concerne les visites des détenus placés en quartier d'isolement, elle se fait également sur la base d'une liste remise quotidiennement aux équipes médicales. Le quartier d'isolement consiste en une partie de la détention à l'écart. Les mesures d'affectation au quartier d'isolement sont double. Premièrement, il existe les isolements totaux qui sont affectés sur décision administrative du juge d'instruction. De manière générale les isolés totaux sont des détenus qui sont dangereux : il s'agit des terroristes, des détenus ayant déjà tenté de s'évader. Les autres sont des isolés simples, qui sont les personnes détenues et isolées dans le but d'être protégées du reste de la population pénale. Les isolés simples sont souvent des gendarmes, des policiers ou des hommes politiques.

Psychologiquement la situation est difficile à supporter pour les détenus, bien qu'il s'agisse souvent de fortes personnalités. Les soignants restent disponibles et attentifs afin d'identifier une éventuelle difficulté psychiatrique induite par ces conditions difficiles.

Les modalités de visite sont les mêmes que pour les personnes placées en quartier disciplinaire.

Cependant, les UCSA présentent très rapidement des lacunes: en raison d'absence de plateau technique complet, certaines consultations nécessitent une extraction médicale. Dès lors, ces unités ne permettant pas l'hospitalisation psychiatrique des détenus, la prise en charge est effectuée par les Services Médico-Psychologiques Régionaux.

CHAPITRE 2 - UNE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE MAJORITAIREMENT EFFECTUÉE AU SEIN DES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX

Le décret du 14 mars 1986 remplace les CMPR par les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) qui deviennent le troisième type de secteur de psychiatrie après le secteur de psychiatrie générale et celui de psychiatrie infanto-juvénile. Les différents SMPR implantés aujourd'hui sur le territoire sont soit des créations intégrales, soit la continuité d'un fonctionnement en implantation préalable de CMPR.

En France, ce sont les équipes du SMPR qui ont compétence pour la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Ces SMPR ont pour objectif de mettre à disposition des détenus du personnel médical et des traitements plus effectifs qu'à l'extérieur du milieu carcéral.

Issu de l'arrêté n° 86-602, du 14 mars 1986, l'article 3 attribue quatre missions principales aux SMPR :

« Le service médico-psychologique régional assure plus particulièrement :

- une mission générale de prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire, notamment par le repérage précoce des troubles psychiques des entrants dans l'établissement d'implantation ;*
- la mise en oeuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus, prévenus ou condamnés, à l'exception de ceux relevant des dispositions des articles L. 342 à L. 349 du code de la santé publique et D. 398 du code de procédure pénale ;*
- éventuellement, et conformément à la mission du secteur, le suivi psychiatrique de la population post pénale en coordination avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile, dans les conditions prévues aux articles 11 et 12 du présent arrêté ;*

- une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en milieu pénitentiaire dans les conditions prévues à l'article 11 du décret du 14 mars susvisé et en collaboration avec les personnes morales de droit public ou privé habilitées par le représentant de l'Etat dans le département à participer à cette lutte »²¹.

Selon les conditions prévues par cet arrêté, chaque région pénitentiaire dispose d'un SMPR, rattaché à un établissement hospitalier.

SECTION 1 - RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE

Il existe aujourd'hui 26 SMPR sur le territoire français. La prise en charge au sein de ces structures est diurne, excepté pour les établissements pénitentiaires de Fresnes et de Marseille qui ont mis en place des équipes de nuit.

SECTION 2 - UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

L'équipe qui intervient au sein des SMPR est pluridisciplinaire : il s'agit de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, infirmiers, aides soignantes, assistantes sociales, éducateurs.

SECTION 3 - MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

Les patients peuvent bénéficier d'un suivi sous plusieurs formes : il peut s'agir de simples entretiens ou de véritables thérapies, et ils peuvent assister à des ateliers d'expression et de méditation. De manière générale, ces activités sont menées par des psychiatres ou des infirmiers, dont la récurrence et la durée varient en fonction de chaque établissement.

²¹ Article 3 de l'arrêté n° 86-602, du 14 mars 1986

PARAGRAPHE I - LES ENTRETIENS

En ce qui concerne les entretiens, on en distingue deux types : les entretiens d'accueil et les entretiens de soutien.

L'entretien d'accueil fait l'objet d'un encadrement législatif, et il est prévu par l'article D.381a du Code de procédure pénale qui dispose :

« Les médecins chargés des prestations de médecine générale dans les structures visées aux articles D. 368 et D. 371 assurent des consultations médicales, suite à des demandes formulées par le détenu ou, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt du détenu.

Ces médecins réalisent en outre : Un examen médical systématique pour les détenus venant de l'état de liberté »²²

L'objectif de cet entretien est multiple : pour l'établissement, c'est un moyen de connaître le détenu, de rechercher d'éventuels antécédents psychiatriques, ou de savoir si il est actuellement sous traitement, afin d'en informer le personnel soignant et d'assurer la continuité de ce traitement. Cela permet aussi de repérer si le détenu nécessite potentiellement une prise en charge psychiatrique.

Pour le détenu, cela lui permet de bénéficier d'une présentation exhaustive de tout le dispositif de soins psychiatrique dont dispose l'établissement pénitentiaire. Pour certaines problématiques, notamment pour les personnes suicidaires ou pour les délinquants sexuels, cela permet de bénéficier d'une prise en charge d'emblée, ou d'émettre cette possibilité.

Cet entretien peut être mené par un psychiatre, un infirmier ou un psychologue. Idéalement, il doit être réalisé dans les 24 heures, mais il peut également être différé en cas de contrainte de temps ou d'absence de personnel.

²² Article D.381a du Code de procédure pénale

Par ailleurs, le juge d'instruction peut signaler une personne détenue, par le biais d'une notice individuelle, comme nécessitant un examen psychiatrique urgent. Dès lors, la prise en charge de ces personnes devra se faire sans délai.

L'entretien est systématique et donc non soumis à une demande du détenu. Cet aspect fait l'objet de nombreuses critiques. Cependant, selon Betty Brahmly, cet entretien joue un rôle prépondérant dans la prise en charge psychiatrique, dans le sens où l'incarcération peut représenter un choc pour le détenu qui n'aurait pas forcément la lucidité de formuler cette demande, ce qui retarderait d'autant plus sa prise en charge psychiatrique.

En ce qui concerne l'entretien de soutien, ils sont notamment mis en place dans le cadre de la prévention au suicide. Menés par des infirmiers, ils peuvent avoir lieu directement à la suite de l'entretien d'accueil, ou de manière ponctuelle au cours de l'incarcération, par exemple lorsque le détenu en ressent le besoin. A la suite de ces entretiens, l'infirmier peut formuler une demande auprès d'un psychologue pour un suivi psychothérapeutique plus approfondi.

PARAGRAPHE 2 - LES PSYCHOTHÉRAPIES

La question des psychothérapies en milieu pénitentiaires est assez controversée, notamment sur la question de leur efficacité. Pour Betty Brahmly, l'opportunité d'effectuer des psychothérapies en milieu pénitentiaire est positive. Selon elle, il ne s'agit pas de psychanalyses, et ces psychothérapies s'effectuent sur des sujets volontaires par des thérapeutes qui sont formés à la pratique en milieu carcéral. Dès lors, lorsque la demande est volontaire, même s'il s'agit d'une demande intéressée dans le but d'obtenir une peine réduite ou un aménagement de peine, le patient est prêt à faire un travail. Les psychothérapies peuvent-être d'une longue durée ou d'une courte durée. Elles peuvent être effectuées par des psychiatres ou des psychologues. Par ailleurs, les psychothérapies dans le cadre d'une détention peuvent donner l'idée au détenu de consulter également à sa sortie de prison.

PARAGRAPHE 3 - LES GROUPES ET ATELIERS THERAPEUTIQUES

A. LES GROUPES DE PAROLES

Les groupes de paroles, animés par un infirmier et un psychologue, sont l'occasion de faire essentiellement de la prévention et de l'éducation à la santé sur des problématiques bien précises : envies suicidaires, addictologie, dépression, réduction des risques etc. Ce sont des groupes ouverts auxquels peuvent participer les détenus sur la base du volontariat.

B. LES GROUPES THÉRAPEUTIQUES

Animés par des psychologues cliniciens, les groupes thérapeutiques ont pour but de permettre aux détenus de s'exprimer face à différents interlocuteurs : les co-détenus et les professionnels. Cette forme de thérapie permet de libérer la parole des personnes pour lesquels les rendez-vous individuels ne sont pas adaptés. De manière générale, les sujets abordés lors de ces séances concernent les ressentis des détenus, et leur souffrance. Tandis que la présence des co-détenus permet un partage d'expériences et de témoignages, la présence des psychologues permet de trouver des solutions pour apaiser leur souffrance, et de travailler sur leurs mécanismes psychiques.

A l'inverse des groupes de paroles, les groupes thérapeutiques sont majoritairement des groupes fermés : le nombre de participants est établi en amont de la session, et déterminé en fonction des thèmes abordés. Bien que les groupes de paroles et les groupes thérapeutiques puissent apporter de réelles réponses à certaines problématiques psychologiques, leur encadrement nécessite une logistique parfois trop contraignante pour les équipes, qui aboutit à l'abandon de la pratique.

En effet, ces réunions sont d'abord soumises à l'accord du directeur de l'établissement pénitentiaire, puis à la mise à disposition d'une salle et d'un personnel de surveillance à l'extérieur de cette salle, ainsi que l'appel hebdomadaire des détenus concernés.

C. LES ATELIERS THÉRAPEUTIQUES

Il s'agit de groupes d'activités qui sont animés par des psychologues, des infirmiers ou des psychiatres. Particulièrement utiles chez les détenus mineurs, ce sont des activités thérapeutiques dispensées sur différents supports artistiques tels que la peinture, la sculpture, la musique, ou encore le théâtre par exemple.

Le but de ces ateliers est de permettre aux détenus d'aborder des sujets parfois sensibles au cours d'activités qu'ils affectionnent, et entourés de thérapeutes qui pourront les aider à se reconstruire. Ainsi, les détenus pourront parler plus ouvertement des conditions de son crime, de son histoire personnelle, ou de ce qu'il vit en détention.

TITRE 2 - L'HOSPITALISATION : UNE ARTICULATION ENTRE LES SERVICES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES RÉGIONAUX ET LES UNITÉS HOSPITALIÈRES SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉES

L'hospitalisation peut s'effectuer de deux façons. Si l'hospitalisation est de courte durée, elle peut s'effectuer au sein du SMPR. En revanche les hospitalisations pour des soins psychiatriques à temps complet se font au sein des UHSA.

CHAPITRE 1 - L'HOSPITALISATION EN SERVICE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE RÉGIONAL

De manière générale, les SMPR comportent une unité spécialement destinée à accueillir en hospitalisation les personnes détenues qui consentent aux soins. Cette hospitalisation concernera donc l'admission et la prise en charge psychiatrique au sein du SMPR. L'article 13 de l'arrêté précité du 14 décembre 1986 modifié, définit les modalités d'admission et de sortie du service, en fonction du règlement intérieur type.

SECTION 1 - LES MODALITÉS D'ADMISSION

En ce qui concerne l'admission, elle se fait nécessairement avec le consentement de la personne détenue. Elle est prononcée par le directeur de l'établissement de santé de rattachement, sur proposition d'un médecin du service.

Il est possible pour un détenu d'être admis dans le SMPR d'un autre établissement pénitentiaire que celui dans lequel il purge sa peine. Dès lors, la demande d'hospitalisation doit se faire par un médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire d'origine, avec l'accord du psychiatre du SMPR.

Le juge d'application des peines donne préalablement son avis pour les personnes condamnées, et pour les personnes prévenues, leur admission est soumise à l'accord préalable de l'autorité judiciaire.

SECTION 2 - LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE

Comme pour l'admission, la sortie du service est prononcée par le directeur de l'établissement de santé, sur proposition d'un médecin du service. Cette décision est prise lorsque ce dernier estime comme l'état de santé de la personne détenue ne nécessite plus son maintien en hospitalisation dans le SMPR. Dès lors, le directeur de l'établissement de santé informe l'administration pénitentiaire qui organise son retour en détention.

SECTION 3 - LE RÔLE DU PERSONNEL

Le personnel de surveillance affecté au SMPR joue un rôle de surveillance mais surtout d'accompagnement des personnes détenues dans leur parcours d'hospitalisation. Ils remplissent leurs missions habituelles de sécurité ou de garde mais travaillent de façon complémentaire avec le fonctionnement du service médical afin de prévenir les troubles à l'ordre interne ou de les faire cesser.

SECTION 4 - LA NÉCESSITÉ DE METTRE EN PLACE UNE NOUVELLE FORME D'HOSPITALISATION

Le SMPR connaissait quelques limites qui se sont révélées progressivement depuis leur création. En effet, bien qu'ils constituent l'une des premières réponses aux besoins de prise en charge psychiatrique des détenus en France, la prise en charge reste insuffisante.

La première raison à cette insuffisance est le faible effectif de personnel médical en comparaison avec la demande. Selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la demande de soins en santé mentale en milieu carcéral est dix fois plus importante que dans le reste de la population.

En effet, il est très difficile de recruter des psychiatres en vue d'exercer dans les SMPR. Cette difficulté s'explique par les problèmes de sécurité récurrents, notamment induits par une absence des forces de l'ordre dans cette unité. Cette absence de sécurité se traduisait donc par

des mesures disciplinaires trop systématiques telles que le recours à la contention ou du maintien prolongé en chambre d'isolement afin de prévenir les troubles à la sécurité ou les évasions, ce qui avait une incidence sur l'efficacité des soins, et une marge de manoeuvre restreinte pour les psychiatres.

Le personnel soignant des UCSA et ceux des SMPR étaient installés dans un même établissement mais ne dépendaient pas toujours du même hôpital et travaillaient de manière cloisonné. C'est pourquoi depuis 2012, les UCSA et les SMPR forment ce qu'on appelle aujourd'hui les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)

Face aux limites que présentaient les SMPR, une nouvelle forme d'hospitalisation a été créée.

CHAPITRE 2 - L'HOSPITALISATION EN UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE

Les UHSA sont des services hospitaliers psychiatriques qui sont destinés à accueillir des détenus en exécution de peine, présentant une pathologie psychiatrique, dont les soins ne peuvent être prodigués dans l'établissement pénitentiaire d'origine.

Ce sont des établissements de santé sécurisés et gardés par l'administration pénitentiaire, leur conférant alors une forme hybride aussi appelé « hôpital-prison » par la doctrine et par la presse.

SECTION 1 - LE CADRE LÉGISLATIF

Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), ont été instaurées par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. L'article 48 de cette loi dispose : « *l'hospitalisation avec ou sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée* ».

Par la suite, l'arrêté du 20 juillet 2010 est venu fixer la première tranche d'UHSA, en désignant les neuf premières unités, ce qui correspond à 440 places. L'arrêté désigne également leur établissement de santé de rattachement et leur ressort territorial.

Enfin, la circulaire interministérielle du 18 mars 2011 a défini les modalités d'ouverture et de fonctionnement des UHSA. Cette circulaire impose également la mise en place d'une commission de coordination locale, qui est présidée par le préfet du département siège de l'implantation de l'UHSA. Elle se réunit à son initiative, au moins une fois par an, et elle a pour but d'examiner le fonctionnement de l'UHSA dans les interactions entre les services hospitaliers, les services pénitentiaires, les services éducatifs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et les missions dévolues au préfet. Parmi les membres de cette commission figurent par exemple le directeur général de l'ARS, le directeur interrégional des services pénitentiaires le directeur interrégional des services de la protection judiciaire de la jeunesse ou encore le directeur de l'établissement de santé siège de l'UHSA.

SECTION 2 - LA RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE

Suite à l'arrêté du 20 juillet 2010 fixant la liste des neuf UHSA de la première tranche (soit 440 places), leur établissement de santé de rattachement ainsi que leur ressort territorial, la première UHSA a été mise en place le 18 mai 2010 à Lyon au sein de l'hôpital du Vinatier.

S'en est suivi l'ouverture de l'UHSA de Toulouse en janvier 2012, puis celle de Nancy le 22 mars 2012, celle d'Orléans en février 2013, celle de Villejuif ouverte en avril 2013, et enfin, l'UHSA de Rennes est venu compléter la liste des UHSA de la première tranche en septembre 2013.

En 2011, la décision a été prise d'ouvrir une UHSA au centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille. Compte tenu de l'impossibilité d'installer l'UHSA au sein même du site, du fait de la superficie trop importante de l'unité, et de la réticence des maires de Lomme (Centre Hospitalier) et de Saint-André et Armentières (Établissements de santé mentale) pour l'implantation de la structure au sein de leur commune, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a finalement décidé de la mettre en place dans la commune de Seclin, puisqu'un groupement de coopération sanitaire pré-existait entre le CHRU de Lille et le CH de Seclin.

Le 7 juillet 2014 s'est alors déroulée l'ouverture de la structure, inaugurée par le préfet de région et le directeur général de l'ARS. Le ressort territorial de l'UHSA de Lille-Seclin est le suivant : elle est compétente pour dix-sept établissements pénitentiaires situés dans trois régions:

- Le Nord-Pas-de-Calais :

Le centre pénitentiaire d'Annœullin

La maison d'arrêt de Douai ;

La maison d'arrêt de Dunkerque ;

La maison d'arrêt de Maubeuge ;

La maison d'arrêt de Sequedin ;

La maison d'arrêt de Valenciennes ;

La maison d'arrêt d'Arras ;

Le centre de détention de Bapaume ;

La maison d'arrêt de Béthune ;

Le centre pénitentiaire de Longuenesse.

- La Picardie :

La maison d'arrêt de Beauvais ;

La maison d'arrêt de Compiègne ;

Le centre pénitentiaire de Liancourt ;

Le centre pénitentiaire du Havre;

La maison d'arrêt de Rouen.

- La Haute-Normandie :

La maison d'arrêt d'Evreux ;

Le centre de détention de Val-de-Reuil.

Les modalités d'admission à l'UHSA sont prévues par la circulaire interministérielle du 18 mars 2011. Selon ce texte, l'hospitalisation peut se faire selon deux procédures différentes : la procédure d'admission avec le consentement du patient détenu, et la procédure d'admission sans son consentement.

SECTION 3 : L'ADMISSION EN UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE

PARAGRAPHE 1 - LA PROCÉDURE D'ADMISSION AVEC CONSENTEMENT EN SOINS LIBRES

Dans ce cas, l'admission se fait par la demande d'un médecin qui exerce dans l'établissement pénitentiaire d'origine, et la décision revient à un médecin de l'UHSA. Ensuite, ils définissent ensemble les modalités de transfert du patient (transport, horaires etc). L'UHSA de Lille prévoit que les hospitalisations se fassent du lundi au vendredi, mais elle prévoit également la possibilité de mettre en place une procédure d'admission pour les cas urgents : il peut s'agir par exemple des patients suicidaires ou des patients en état de crise aiguë, dans ce cas, l'admission pourra se faire le week-end.

PARAGRAPHE 2 - LA PROCÉDURE D'ADMISSION SANS CONSENTEMENT, ORDONNÉS PAR L'AUTORITÉ ADMINISTRATIVE OU JUDICIAIRE (SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT (SPDRE))

En vertu de l'article L. 3214-3 du CSP, l'hospitalisation sans le consentement d'une personne détenue n'est possible que si plusieurs conditions sont réunies :

1. *« Elle nécessite des soins immédiats qui doivent être assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ;*
2. *Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;*
3. *Ses troubles mentaux constituent un danger pour elle-même ou pour autrui. »²³*

Dès lors que ces conditions sont remplies, le médecin exerçant dans l'établissement pénitentiaire établit un certificat médical circonstancié et en informe le directeur de l'établissement pénitentiaire. De même, il transmet le certificat au directeur de

²³ Article L. 3214-3 du CSP.

l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA ou du SMPR qui va saisir le directeur de l'établissement, siège de l'UHSA, afin de lui indiquer si une place est disponible dans son unité pour accueillir le patient.

Aussi, selon la circulaire, le directeur de l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA ou du SMPR « *transmet immédiatement au préfet de son département ou, à Paris, au préfet de police, les éléments nécessaires (certificat médical, indications sur la localisation de l'UHSA : UHSA de rattachement ou autre UHSA) afin que celui-ci prenne un arrêté portant hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue en UHSA* »²⁴.

Enfin, lorsqu'il s'agit de l'admission d'un mineur, le médecin est tenu de prévenir les titulaires de l'autorité parentale, le tuteur, le délégataire de l'autorité parentale ou l'administrateur ad hoc, dans le but de recueillir également leur consentement.

SECTION 4 - LES DÉTENUS CONCERNÉS

Selon de la circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées, les UHSA sont habilitées à accueillir les personnes détenues, hommes et femmes, souffrant de troubles psychiatriques et dont le maintien au sein de l'établissement pénitentiaire est rendu impossible.

En vertu de l'article D. 50 du code de procédure pénale, sont concernées les personnes hébergées par l'établissement pénitentiaire de façon continue ou discontinue, ce qui inclut : « *les personnes incarcérées, les personnes semi-libres, les bénéficiaires de permissions de sortie et de placements extérieurs avec surveillance de l'administration pénitentiaire* »²⁵ ainsi que les personnes bénéficiant d'un aménagement de peine.

En ce qui concerne les mineurs, les UHSA sont habilitées à les accueillir par exception au principe pénitentiaire de séparation des détenus mineurs.

²⁴ Circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées.

²⁵ Article D. 50 du code de procédure pénale.

Cependant, la vigilance doit être renforcée, notamment lorsque les mineurs et les majeurs partagent les mêmes activités (sport, restauration etc) et les contacts entre eux doivent être évités dans la mesure du possible.

Par ailleurs, ces aménagement restent conditionnés par l'architecture des locaux et dépendent également du projet médical de l'établissement.

Aussi, la circulaire prévoit que l'hospitalisation d'un mineur au sein d'une UHSA est subordonnée à l'adaptation de son projet médical, afin qu'il puisse bénéficier de temps d'enseignement ou d'une formation professionnelle.

L'UHSA de Lyon est aussi le seul établissement à proposer l'intervention d'un enseignant pour les matières principales (environ 3/4 d'heure par semaine). Il n'existe pas de salle d'enseignement spécifique mais une salle d'activité peut être utilisée à cette fonction. EN 2017, un patient de la structure a passé les épreuves écrites et orales du Baccalauréat de Français durant son hospitalisation.

SECTION 5 - LES MODALITÉS DE L'HÉBERGEMENT

Les modalités d'hébergement dans ces unités constituent un point essentiel car elles doivent concilier les besoins en terme de sécurité et en terme de soin. La problématique principale concerne la chambre, qui doit être à la fois la chambre d'un détenu mais également d'un malade psychiatrique.

De manière générale, la configuration de ces chambres et leur accès sont réglementés de la même manière que celles d'un hôpital. Cependant, chaque UHSA est libre d'instaurer ses propres règles. A titre d'exemple, l'UHSA de Nancy a fait le choix de fixer l'ensemble du mobilier au sol afin qu'il n'y ai pas de possibilités de le déplacer, et les miroirs sont feuilletés afin que le patient ne puisse pas les détourner en objet tranchant.

A Seclin, les chambres restent ouvertes de 8h à 20h, et ferment lors des temps de restauration. Après 20h, les chambres ferment pour la nuit. Le patient ne peut recevoir un autre patient dans sa chambre. C'est lui qui est responsable de la bonne tenue de la pièce, du rangement, et du ménage. Enfin, les chambres sont équipées d'un coffre à code pour y mettre les effets personnels.

La configuration des locaux est spécifique à chaque UHSA. A titre d'exemple, à Seclin, les locaux sont divisés en trois grandes unités :

- L'unité Garance : Il s'agit d'une unité composée de 18 chambres individuelles et de deux chambres d'isolement. Cette unité est mixte et peut recevoir à la fois des hommes et des femmes mais également des soins libres ou des soins SDRE. Il s'agit d'une hospitalisation de courte durée qui répond souvent à un objectif de diagnostic avant une réorientation.
- L'unité Véronèse : Cette unité accueille exclusivement les soins libres. Elle est composée de 24 chambres individuelles dont une chambre d'isolement, et elle est réservée pour les détenus hommes.
- L'unité Majorelle : Cette unité ne reçoit que des hommes pour des soins libres. Elle est composée de 18 chambres individuelles dont quatre chambres à sécurité renforcée.

SECTION 6 - LA VIE QUOTIDIENNE ET LES ACTIVITÉS

La circulaire prévoit que les règles applicables à l'UHSA sont les mêmes que celles en établissement pénitentiaire, sous réserve de ne pas interférer avec la pratique des soins.

PARAGRAPHE I - LES VISITES

En ce qui concerne les visites, la liste des personnes autorisées à visiter le patient détenu est la suivante :

- les membres de la famille ou des proches disposant d'un permis de visite délivré par l'autorité compétente ;
- les visiteurs de prison habilités par les autorités compétentes ;
- les aumôniers agréés auprès des établissements pénitentiaires et les aumôniers de l'hôpital ;
- l'avocat de la personne détenue

Le personnel médical en charge du patient peut formuler des contre-indications pour restreindre la possibilité de visite de ces personnes, sous réserve d'en informer le responsable pénitentiaire de l'UHSA. C'est lui qui définit les horaires de parloirs en fonction de l'organisation des soins et conformément aux réglementations hospitalière et pénitentiaire.

PARAGRAPHE II - LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTÉRIEUR

Le patient détenu a également le droit de communiquer avec l'extérieur sous les mêmes conditions que celles prévues dans l'établissement pénitentiaire, par téléphone ou par courrier. Là encore, sauf contre-indications du personnel médical.

Aussi, le personnel pénitentiaire a la possibilité de contrôler ces deux formes de communication.

PARAGRAPHE III - LES ACTIVITÉS

En plus de l'espace extérieurs pour les promenades, les UHSA peuvent s'équiper de matériels précis pour proposer des activités supplémentaires aux patients.

L'UHSA de Lille-Seclin dispose de deux cours-jardins d'une surface de 220 m², mais également de tables de ping-pong, de baby-foot, et d'une salle de musculation. Dans les salles communes, des jeux de sociétés sont mis à disposition des soignants et des patients.

Des activités thérapeutiques y sont également proposées et menées par le personnel soignant : un soignant sophrologue est présent deux demi-journées par semaine, une diététicienne est présente une journée par semaine pour l'éducation alimentaire, et deux fois par semaine, la structure accueille une socio-esthéticienne qui reçoit les patients sur prescription médicale.

Aussi, des temps de méditation sont organisés dans une salle de balnéothérapie, un budget est alloué à la cuisine pour y dispenser des ateliers cuisine, et il existe une salle d'activités artistiques pour que les patients puissent pratiquer la peinture et la décoration.

SECTION 7 - LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE

Comme pour les admissions, les procédures de sorties se distinguent en fonction du consentement du patient détenu.

Dans le cas d'une hospitalisation consentie, le responsable médical de l'UHSA informe le responsable pénitentiaire de l'UHSA de sa décision au minimum 48 heures à l'avance. Dès que la décision médicale a été prononcée, la sortie du patient doit être effectuée sans délai.

Dans le cas d'une hospitalisation non consentie, la décision est prise par un « *arrêté du préfet du département dans lequel est située l'UHSA, sur avis ou certificat médical transmis par le chef de l'établissement de santé ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques* »²⁶.

SECTION 8 - LES TRANSPORTS

Les transports représentent un enjeu majeur en ce qu'ils nécessitent une organisation préalable très précise. Les dispositions relatives au transport et à l'escorte sont prévues aux articles R. 3214-21 à R. 3214-23 du CSP.

²⁶ Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n° 2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

PARAGRAPHE I - LES TRANSPORTS DE L'ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE À UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE

Les modalités de transport jusque l'UHSA sont différentes en fonction de l'hospitalisation avec ou sans le consentement. Lorsque la personne détenue est hospitalisée avec son consentement le transport est assuré par le personnel pénitentiaire de l'UHSA. Le détenu est alors accompagné par des membres du personnel soignant ainsi que par du personnel pénitentiaire, et s'effectue dans un véhicule sanitaire.

Lorsqu'il s'agit d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement : le transport incombe à l'établissement de santé siège de l'UHSA. Là encore, le détenu est accompagné par le personnel soignant de l'UHSA, avec escorte pénitentiaire.

PARAGRAPHE II - LES TRANSPORTS DE L'UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE VERS L'ÉTABLISSEMENT PENITENTIAIRE

Qu'il s'agisse d'un déplacement vers l'établissement pénitentiaire d'origine ou vers un nouvel établissement pénitentiaire siège d'un SMPR, le transport incombe à l'administration pénitentiaire. Là aussi, le détenu est accompagné par le personnel soignant de l'UHSA, avec escorte pénitentiaire.

PARAGRAPHE II - LES TRANSPORTS DE L'UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE VERS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ POUR DES SOINS SOMATIQUES

Ces transports sont organisés selon les conditions prévues à l'article R. 3 214-22 du CSP. S'agissant d'un transport effectué sur prescription médicale, il est à la charge de l'établissement de santé siège de l'UHSA. Ce transport étant un transport sanitaire, la personne détenue reste accompagnée par le personnel pénitentiaire ainsi que par le personnel médical.

PARAGRAPHE III - LES TRANSPORTS DES PERSONNES DÉTENUES PARTICULIÈREMENT SIGNALÉES

Dans ce cas, il est possible de faire appel aux forces de police ou de gendarmerie afin que les escortes soit renforcées. Cette procédure est possible qu'il s'agisse d'un transfert vers l'UHSA ou d'un transport vers l'établissement pénitentiaire d'origine. Dès lors, la mise en place de cette escorte est décidée par le directeur de l'établissement pénitentiaire et par les directions générales de la police et de la gendarmerie. Le protocole est le suivant : le chef de l'établissement pénitentiaire informe le directeur interrégionale des services pénitentiaires du déplacement envisagé. Cette information porte non seulement sur le lieu de destination de la personne ainsi que les éléments qui justifient la mise en œuvre de cette escorte. Suite à cela le directeur interrégional sollicite le directeur de l'administration pénitentiaire afin de saisir la direction générale de la police nationale qui en apprécie la demande. Dès lors que la demande est approuvée, la direction organise la mise à disposition de l'escorte.

SECTION 9 - L'ARTICULATION DE L'UNITÉ HOSPITALIÈRE SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE AVEC LES AUTRES STRUCTURES DE SOINS

Afin de garantir la continuité des soins du détenus et une prise en charge optimale, L'UHSA doit pouvoir se reposer sur une articulation effective avec les autres organisations qui sont les UCSA, les UHSI.

PARAGRAPHE I - L'ARTICULATION AVEC LES UNITÉS SANITAIRES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

La collaboration entre les UHSA et les USMP s'effectue notamment en amont de la prise en charge des détenus au sein de l'UHSA. Bien souvent, le détenu est transféré à l'UHSA sur prescription des psychiatres de l'USMP, qui sont d'ailleurs les seuls à être prescripteur dans le but d'éviter une demande trop importante. Les modalités d'admission sont établies par un protocole au sein du règlement intérieur entre chaque USMP et UHSA concerné.

PARAGRAPHE II - L'ARTICULATION AVEC LES UNITÉS HOSPITALIÈRES SÉCURISÉES INTERRÉGIONALES (UHSI)

Les UHSI accueillent les personnes détenues mineures et majeures. Ce sont des structures hospitalières qui prennent en charge les hospitalisations urgentes ou de courte durée et qui ne requièrent pas d'hospitalisation préalable dans une chambre sécurisée. Ces structures sont également sécurisées par l'administration pénitentiaire qui reste présente au sein de l'unité de soins.

De manière générale, les UHSA sont implantées à proximité des UHSI de façon à ce que les deux structures puissent dispenser des soins complémentaires. Au delà de la complémentarité des soins, les équipes peuvent également être amenées à exercer exceptionnellement en UHSA ou en UHSI dès que la demande est présente.

SECTION 10 - UNE AVANCÉE MAJEURE À PERFECTIONNER

Il est incontestable que les USA permettent de soigner les pathologies psychiatriques des détenus dans des conditions plus favorables qu'elles ne l'étaient auparavant. Pourtant il n'en demeure pas moins que les détenus conservent leur statut car ils restent hospitalisés dans des conditions où la sécurité est primordiale.

L'une des problématiques actuelles est le nombre de places disponibles en UHSA. Dans un rapport de décembre 2018, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) recommande de créer en priorité environ 150 nouveaux lits.

En se basant sur une étude et sur des critères de la demande, l'inspection préconise de créer des nouvelles places en Île-de-France qui ne propose que 60 lits pour 13 000 détenus, Paca, Occitanie et Normandie et en Bourgogne-Franche-Comté.

En effet, aujourd'hui la demande d'admission en UHSA est de plus en plus conséquente. Face à cette demande, l'augmentation des places disponibles et l'ouverture de nouvelles UHSA ne pourraient suffire.

En plus de la création de nouveaux lits, l'IGAS propose d'engager également une démarche de certification des UHSA, ce qui permettrait notamment d'élaborer un rapport-type d'activité et de clarifier les conditions d'admission des personnes.

Par ailleurs, le rapport préconise d'installer une instance à forte autorité pour ces UHSA afin d'instaurer un meilleur pilotage budgétaire des projets.

Il est donc indispensable de modifier certaines procédures. L'important serait de limiter le nombre d'hospitalisation qui sont évitables en effectuant un travail de prévention et de soins en amont. Ce travail devra se traduire par le dépistage et le suivi des troubles des patients détenus.

Enfin, la création des UHSA a posé de nombreuses interrogations pour l'avenir chez les psychiatres. Le docteur Michel David dans son livre consacré à « L'expertise psychiatrique pénale » souligne que la mise en place de ces unités présente « le risque de voir la disparition complète des non lieux psychiatriques. Plus besoin de se poser des questions sur « l'abolition ou l'altération », un dispositif complet ségréatif pour condamner étant présent, il n'est plus nécessaire d'avoir d'état d'âme quant au problème de la responsabilité. Le délinquant ou le criminel sera condamné à une peine d'hospitalisation en psychiatrie. Il ne s'agira plus de confusion des peines mais de confusion du sens de la peine ».

En d'autres termes la crainte est celle de voir disparaître petit à petit les régimes d'irresponsabilité et de recourir à la peine systématique. Cette pratique aurait un double effet pervers : l'augmentation de la population carcérale et la dégradation de la santé en mentale pénitentiaire.

CHAPITRE 3 - L'HOSPITALISATION EN UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES (UMD)

Initialement, les Unités pour malades difficiles (UMD) étaient prévues par un régime spécifique contenu dans la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, ainsi qu'à l'article L 3222-3 du Code de la santé publique. Toutefois, la réglementation des UMD a été modifiée par la survenance de deux événements.

Le premier est la décision du Conseil Constitutionnel du 20 avril 2012 qui a déclaré contraire à la Constitution une partie des dispositions du CSP en ce qui concerne les SPDRE ayant séjourné en UMD.

Le second est la loi du 27 septembre 2013 qui a redéfini le statut spécifique des UMD stipulant qu'elles relevaient désormais du régime de droit commun des SPDRE et ne constituaient donc pas un régime d'exception.

Cependant, saisi par des associations de défense des droits des patients, le Conseil constitutionnel, dans une décision du 14 février 2014, sur une question prioritaire de constitutionnalité visant le statut légal des UMD, tel qu'énoncé dans l'article L. 3222-3 de la loi du 5 juillet 2011, déclare cet article conforme à la Constitution.

C'est ainsi que le ministère de la Santé a promulgué le décret n° 2016-94 du 1^{er} février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Son article 4 intitulé « Section unique unité pour malades difficiles » achève la clarification du statut légal et du fonctionnement des UMD.

Les UMD ont vocation à accueillir les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'hospitalisation à temps complet lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mises en œuvre que dans une unité spécifique.

Les UMD ne sont donc pas des unités réservées aux détenus, il s'agit d'une décision sanitaire et non pénitentiaire. Cependant elles peuvent accueillir des détenus dans les mêmes conditions.

Cette mesure est rendue possible par la proximité entre l'organisation carcéral et l'organisation des UMD. Cependant le législateur a fait le choix de supprimer les mentions du placement en UMD en raison d'absence de garantie légale suffisante à la décision de placement. Par conséquent ces unités existent toujours, mais elles ne font plus l'objet d'un statut spécifique et elles ne sont régies que par la partie réglementaire du code de la santé publique.

SECTION I - LES MODALITÉS D'ADMISSION

L'admission du patient dans une des unités est prononcée par arrêté du préfet du département, à l'exception de Paris où il s'agit d'un arrêté prononcé par le préfet de police, où se trouve l'établissement dans lequel le patient était hospitalisé avant son admission. Le préfet prend cette décision au regard du dossier médical et du dossier administratif du patient qui comprend notamment un certificat médical détaillé qui est établi par le psychiatre de l'établissement, ainsi qu'un accord du psychiatre de l'unité pour malades difficiles. L'arrivée du patient en UMD est donc programmée. Le médecin qui l'accueille rédige un certificat médical qui atteste de la nécessité du maintien en hospitalisation complète.

Dans chaque département d'implantation de l'UMD, une commission de suivi médical est créée et constituée de quatre membres qui sont nommés par le directeur général de l'ARS. Il s'agit du président, d'un médecin représentant l'ARS, de trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'unité pour malades difficiles (mandat de trois ans renouvelable), des suppléants désignés dans les mêmes conditions. De manière générale la

mission principale de cette commission est d'examiner au moins tous les six mois les dossiers de chaque patient hospitalisé dans l'unité, d'en dresser des conclusions afin de les partager à la délégation départementale de l'ARS. Par ailleurs cette commission peut également être saisie en cas de désaccord du psychiatre responsable de l'UMD lors de l'accueil d'un nouveau patient.

En 2015, on comptait 10 UMD qui accueillent un total d'environ 530 patients.

- UMD Henri Colin de l'EPS Paul-Guiraud-Villejuif
- UMD de Montfavet
- UMD de Sarreguemines
- UMD de Cadillac
- UMD de Plouguernevel
- UMD de Monestier-Merlines
- UMD de Bron dans le Rhône
- UMD d'Albi
- UMD de Châlons-en-Champagne
- UMD de Sotteville-lès-Rouen

SECTION II - LE FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ

Chaque UMD peut adopter des textes réglementaires qui lui sont propres pour régir les règles de fonctionnement. Cependant de manière générale le parcours des soins des patients est assez similaire.

Au niveau de l'équipe, elle est composée de médecins, d'infirmiers, d'aide-soignants, de psychologues et de psychomotriciens. La présence auprès des patients est plus conséquente

que dans les autres unités. La rémunération est également différente en ce qu'elle prend en compte les risques liés à la pratique au sein de cette unité.

Les activités thérapeutiques sont souvent plus développées que dans les autres institutions. Étant donné que le séjour du patient est plus long que dans les unités de soins ordinaires, les activités sont plus variées et elles s'effectuent souvent pendant une durée plus longue : il peut s'agir d'activités sportives, de groupes de parole, et d'activités manuelles. En revanche les sorties thérapeutiques sont nécessairement accompagnées et les durées de ces sorties sont plus courtes que dans les autres établissements.

SECTION III - LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE

Préalablement à la sortie du patient, la commission du suivi médical doit donner un avis favorable et saisir le préfet du département d'implantation de l'unité pour qu'il puisse prononcer par arrêté la sortie du patient. Elle peut être prononcée à la suite d'une levée de la mesure de soins sans consentement, ou de la poursuite des soins sans consentement dans un autre établissement. Dans le cas d'un patient détenu, il retourne en détention ou en UHSA.

Globalement, les orientations vers les UMD sont difficiles. En effet, les places sont rares, ce qui implique des délais d'attente très importants. Ces délais ont rendu les UMD moins efficaces, notamment en cas de crise chez un détenu ou de décompensation psychotique, ce qui est assez fréquent. Dès lors les SMPR et les UMD ont créé des alliances de sorte que les hospitalisations d'office urgentes soient facilitées.

CHAPITRE 4 - LE CAS PARTICULIER DU CENTRE DE CHATEAU-THIERRY

Château-Thierry est un établissement construit en 1850 avec la vocation première d'une maison d'arrêt ordinaire.

Cent ans plus tard, En 1950, cet établissement est devenu un centre d'observation spécialisé dans l'observation des personnes de sexe masculin condamnées à de longues peines et atteintes « *de troubles mentaux qui ne permettent pas leur maintien dans un établissement ordinaire ou qui nécessitent des soins spéciaux* »²⁷

Jusqu'en 1986, cet établissement était considéré comme une maison centrale sanitaire. Par la suite, il devient un centre pénitentiaire tout en conservant sa spécificité de structure-relais pour accueillir des personnes présentant des troubles mentaux ou du comportement.

En effet, selon la note du 5 mars 2001 relative à la modification de la procédure d'affectation des condamnés au quartier maison centrale du centre pénitentiaire de Château-Thierry, il s'agit d'un lieu « *destiné à permettre à un détenu, qui rencontre des sérieuses difficultés pour s'intégrer à un régime de détention classique ou qui est resté longtemps en isolement, de restaurer des liens sociaux et de se réadapter à la détention ordinaire après un séjour temporaire dans cet établissement* ».

Il est situé dans le ressort de la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille (Nord), ainsi que dans le ressort du tribunal de grande instance de Soissons et de la cour d'appel d'Amiens (Somme).

²⁷ Circulaire AP 22, Santé, du 13 novembre 1950

SECTION I - LA CONFIGURATION DE LA STRUCTURE

Le centre pénitentiaire est constitué de deux quartiers principaux.

Le premier quartier est le quartier « centre de détention ». La capacité de ce quartier est de trente-trois places, qui sont réparties en douze dortoirs. Au sein de ce quartier, les détenus de courtes peines y sont majoritairement accueillis. De manière générale, les personnes détenues bénéficient d'un régime de confiance, c'est à dire que les portes sont ouvertes de 7h à 12h30 puis de 13h à 18h30. Les détenus peuvent alors circuler sur les deux étages d'hébergement. En revanche, ils n'ont pas accès aux douches, ni à la buanderie, ni à la salle d'activité. Néanmoins, si l'état de la personne le nécessite, elle peut aussi subir un régime fermé qui ne permet pas de circuler librement à ces heures.

Les activités du quartier centre de détention sont extrêmement réduites : aucune activité encadrée n'est proposée. Les seules activités auxquelles les détenus peuvent prendre part se situent au second quartier, le quartier maison centrale. Il s'agit de la bibliothèque et la salle de musculation.

Par ailleurs, il ne disposent pas de cour de promenade dédiée, là encore, ils doivent se rendre dans un autre bâtiment selon les dates et horaires prévues par un planning: l'accès est autorisé les jours pairs de 10h15 à 11h30 et de 15h45 à 17h30 et les jours impairs de 8h30 à 9h45 et de 15h45 à 17h30.

Le second quartier est le quartier « maison centrale » (QMC) de 101 places. Ce quartier se distingue du centre de détention en ce que sa vocation sanitaire prévaut sur la dimension sécuritaire. En décembre 2007, une mission de recherche avait conclu que 85 % des détenus de ce quartier étaient des détenus atteints de troubles mentaux. La circulaire précitée précise que la mission principale du centre pénitentiaire de Château-Thierry est d'accueillir au sein de son quartier maison centrale des personnes condamnées présentant des « *troubles du comportement rendant difficile leur intégration a un régime de détention classique mais ne*

relevant ni d'une hospitalisation d'office, ni d'une hospitalisation en service médico-psychologique régional, ni d'une UHSA »²⁸.

Les personnes qui y sont prises en charge bénéficient de cellules individuelles avec un régime de détention « portes fermées ».

Chaque division dispose de deux créneaux horaires différents pour se rendre en promenade lorsqu'elles le souhaite : un créneau le matin et un créneau l'après-midi. En tout, le détenu peut donc disposer de trois heures de promenade la journée.

Dans ce quartier, les activités sont plus nombreuses : médiation artistique, école, informatique, échecs et relaxation. La fréquentation de ces activités est assez conséquente puisqu'elle représente environ 73% de la population du quartier.

SECTION II - LES MODALITÉS D'ADMISSION

L'affectation au sein de l'établissement de Château-Thierry relève d'une décision de la direction centrale de l'administration pénitentiaire, après avis d'un médecin psychiatre. Pour ce faire, elle se base sur trois critères :

- un critère relevant strictement de la peine : le reliquat de peine au moment de l'affectation doit être supérieur ou égal à dix-huit mois ;
- un critère médico-psychiatrique : le détenu ne doit relever ni d'une hospitalisation en SMPR ni d'une hospitalisation d'office ;
- un critère relevant de la gestion pénitentiaire : les détenus qui y sont accueillis sont ceux qui n'arrivent pas à s'intégrer à un régime de détention classique.

²⁸ Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues.

Le centre ayant pour vocation d'accueillir des personnes qui ont manifesté une peur de l'isolement dans leur établissement d'origine, il ne dispose donc ni de chambre d'isolement, ni de quartier d'isolement. En effet, selon la circulaire du 21 février 2012, le but de l'établissement est « *de restaurer ses liens sociaux et de se réadapter à la détention ordinaire* »²⁹.

SECTION III - L'EFFECTIF ET LA POPULATION ACCUEILLIE

Au 30 mars 2015, quatre-vingt-huit personnes sont écrouées dont trois détenus particulièrement signalés (DPS).

D'après une étude diligentée par le CGLPL, 60 personnes incarcérées au QMC ont fait l'objet d'expertises psychiatriques visant à déterminer le degré de leur responsabilité pénale au moment des faits, au cours de l'instruction.

Pour 49 % d'entre elles, au moins une expertise a estimé qu'un trouble mental avait entravé le contrôle des actes ou altéré le discernement de la personne au moment des faits et conclut en une responsabilité pénale partielle

Pour 17 %, au moins une expertise a conclu qu'un trouble mental avait aboli le discernement de la personne au moment des faits et prônait l'irresponsabilité pénale.

Majoritairement, les détenus pris en charge au sein de l'établissement de Château-Thierry sont des hommes majeurs dont l'âge moyen est compris entre vingt-cinq et quarante ans, et qui sont généralement condamnés à une lourde peine pour des atteintes contre les personnes, en particulier pour des infractions sexuelles.

Selon une étude statistique menée par les Cahiers pénitentiaires en 2008, les auteurs d'infractions sexuelles sont représentés en plus forte proportion que dans les autres maisons centrales, c'est à dire à 25,9 % contre 21,5 % pour les autres maisons centrales.

Les détenus pris en charge à Château-Thierry sont originaires de l'ensemble du territoire national.

²⁹ Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues.

SECTION IV - LES RELATIONS AVEC L'EXTÉRIEUR

Compte tenu de l'isolement social de la majorité des détenus présent dans ce centre, les visites sont peu courantes. Pourtant, les parloirs ont lieu tous les jours, y compris le dimanche et les jours fériés. En principe, les parloirs durent une heure mais peuvent être allongés jusqu'à trois heures notamment lorsque les visiteurs habitent loin de l'établissement.

Les permis de visite des personnes détenues sont délivrés par la directrice de l'établissement, bien qu'en pratique, la plupart sont déjà établis par les établissements de provenance. Là encore, la difficulté première des visites est l'état d'insalubrité des locaux : il n'y a aucun local d'accueil extérieur pour les visites, et à l'intérieur, les parloirs ne peuvent se dérouler que dans une seule salle commune, de 20 m², équipée de cinq tables et de quelques chaises. Par conséquent, l'intimité n'est pas systématiquement respectée.

SECTION V - L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

Les modalités de fonctionnement de l'unité sanitaire au sein du centre ont été établies entre l'ARS, le centre hospitalier Jeanne de Navarre de Château-Thierry (CHCT), l'établissement public de santé mentale départemental de l'Aisne de Prémontré (EPSMD), la direction interrégionale des services pénitentiaires et le centre pénitentiaire de Château-Thierry dans un accord cadre signé le 25 mars 2015.

Selon cet accord, l'unité sanitaire est rattachée au pôle urgences-consultations du CHCT pour la partie somatique et au pôle médico-judiciaire de l'EPSMD pour la partie psychiatrique.

L'accord précise qu'en cas de nécessité d'une hospitalisation psychiatrique à temps complet, elle est réalisée dans un établissement de santé au sein de l'UHSA ou à l'EPSMD. Par ailleurs, la gestion des urgences psychiatrique est précisée dans une partie annexe qui dispose que : « *En ce qui concerne la prise en charge des urgences psychiatriques, elles sont gérées*

par le médecin psychiatre s'il est présent. En cas d'absence, le médecin psychiatre peut avoir fait une prescription d'administration médicamenteuse si besoin. Si tel n'est pas le cas, l'infirmière joint un psychiatre par téléphone qui donnera la démarche à suivre et suivant la gravité, elle appellera le centre 15 pour une régulation. Si celle-ci demande une administration médicamenteuse, la prescription sera envoyée par fax à l'unité sanitaire»³⁰

Le centre dispose en son sein d'une unité médico-psychologique ambulatoire (UMPA). Cette unité est constituée de personnels venant de l'établissement public de santé mentale du départementale de l'Aisne de Prémontré et travaille dans les mêmes locaux que les équipes chargées de la prise en charge somatique des personnes détenues.

Chaque personne détenue qui est hébergée au sein du centre se voit attribuer une infirmière et un psychiatre référent. Une fois par mois, un rendez-vous est automatiquement programmé avec le psychiatre, et d'autres rendez-vous peuvent être décidés si nécessaire.

SECTION VI - DES DYSFONCTIONNEMENTS IMPORTANTS CONSTATÉS PAR LE CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ

Lors d'une visite de l'établissement en 2015, le CGLPL constate de nombreux dysfonctionnements.

Au niveau de la prise en charge sanitaire, le CGLPL a constaté qu'il existait une confusion des rôles entre l'administration pénitentiaire et les services médicaux, ce qui entraîne donc une atteinte permanente au secret médical. A titre d'exemple, le surveillant qui exerce à l'infirmerie porte une blouse blanche et inversement, les infirmières sont amenées à porter un blouson de l'administration pénitentiaire. Depuis le rapport du CGLPL, des traitements sont

³⁰ Circulaire du 25 mars 2015, en complément de la convention interministérielle du 25 avril 2013 et de la convention interministérielle du 30 avril 2013

dispensés, toujours en présence d'un surveillant, mais les médicaments sont sous emballages hermétiques et opaques sans mention de dénomination du médicament

Au niveau des locaux, comme il a été décrit précédemment, le CGLPL constate des lacunes dans l'état de propreté et de maintenance de certaines cellules, ainsi que des dortoirs du centre de détention. Par ailleurs, il constate que plusieurs personnes en état de dépendance avérées ont été hébergées dans des cellules entièrement dégradées et maintenues dans des conditions d'hygiène déplorables, notamment du fait de leur pathologie, ces personnes étant dans l'incapacité de prendre soin d'elles-mêmes ou d'entretenir leurs cellules (le GLPL décrit que la plaque chauffante est encrassée, le sol est maculé de nombreux déchets, et la literie et linge de toilette sont dans un état de crasse avéré).

Aujourd'hui la prison qui était considéré jusque-là comme un asile semble devenir un lieu de soins légitime. Cependant la difficulté à délimiter les contours du problème des troubles mentaux entre sécurité et santé publique subsiste.

DEUXIEME PARTIE - LES PROBLÉMATIQUES PROPRES AU MILIEU CARCÉRAL OBSTACLES À UNE PRISE EN CHARGE EFFECTIVE

TITRE I - LES ATTEINTES RÉGULIÈRES AUX DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES DÉTENUES

« Comment accepter à l'inverse que la situation dans nos prisons soit aussi contraire à nos valeurs de respect de la personne humaine. La détention est une épreuve dure. Elle ne doit pas être dégradante. Comment espérer réinsérer dans la société ceux qu'on aura privés pendant des années de toute dignité ? Il nous faut construire des places de prisons et d'hôpitaux pour les détenus souffrant de troubles psychiatriques. C'est une nécessité pour la liberté de tous. C'est une nécessité morale ».

Nicolas Sarkozy

CHAPITRE I - LES INSTANCES GARANTES DU RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX

L'une des instances les plus actives en matière de contrôle des libertés fondamentales pour les personnes détenues est le contrôleur général des lieux de privation de libertés. Il s'agit d'une autorité administrative indépendante qui peut visiter à tout moment, sur l'ensemble du territoire français, tout lieu où des personnes sont privées de liberté. Ses visites peuvent donc concerner des établissements ou unités de santé recevant des personnes hospitalisées sans leur consentement (hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers), les unités d'hospitalisation sécurisées interrégionales (UHSI), les unités hospitalières spécialement aménagées, ainsi que les locaux de garde à vue des services de police et de gendarmerie. Le choix des établissements visités est à sa propre discrétion, cependant, le CGLPL peut recevoir des courriers et des demandes de visites qui l'orienteront dans ses choix. Les visites peuvent être programmées quelques jours à l'avance, ou elles peuvent être faites de manière inopinées. Les établissements visités ne peuvent s'opposer à une visite que si il existe des motifs graves et impérieux liés à la défense nationale, à la sécurité publique, à

des catastrophes naturelles ou à des troubles sérieux dans le lieu visité. Suite à cette visite, le CGLPL établit un rapport de visite ainsi que des recommandations qu'il adresse au ministère concerné. Enfin, chaque année, le CGLPL remet un rapport d'activité au Président de la République, au Premier ministre et au Parlement, qui est par ailleurs rendu public.

En matière de contrôle des libertés fondamentales, la mission du contrôleur peut se résumer en trois points :

- s'assurer que les droits intangibles inhérents à la dignité humaine sont respectés,
- s'assurer que l'équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté et les considérations d'ordre public et de sécurité est établi,
- prévenir toute violation de leurs droits fondamentaux.

Au cours de l'année 2019, le CGLPL a effectué 150 visites de contrôle dont 22 établissements pénitentiaires et 13 établissements de santé recevant des personnes privées de liberté (chambres sécurisées des hôpitaux et une unité médico-judiciaire), et au total, 34 services de psychiatrie.

La seconde instance jouant un rôle important en terme de sauvegarde de libertés fondamentales est le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants (CPT): il s'agit d'un organe du conseil de l'Europe qui agit pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, et dont l'objectif principal est de protéger les individus retenus contre leur gré par la force publique dans les états signataires de la convention européenne. Pour ce faire, les membres du CPT ont le droit de se rendre dans tous les lieux de détention des pays ayant signé la convention et de s'entretenir avec les personnes privées de liberté.

Plus spécifiquement, le comité international de la croix-rouge veille également au respect des libertés fondamentales des personnes détenues. Il visite les personnes condamnées par le tribunal pénal international pour l'ex-yougoslavie et qui purgent leur peine en France. Ainsi, il peut accéder à l'ensemble des locaux et des installations utilisés par les personnes détenues et s'entretenir sans témoin avec elles.

Enfin, une convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants adoptée dans le cadre des nations unies a été signée par certains Etats membres de l'Union Européenne. Cette convention exige des Etats l'ayant ratifiée qu'ils prennent des mesures dans le but d'empêcher la torture sur leur territoire. Le comité de l'ONU contre la torture étant chargé de sa mise en œuvre effective, les états signataires lui rendent des rapports réguliers qui détaillent la façon dont ces mesures sont mises en œuvre. En France, la convention a été ratifiée en 1986, puis complétée en 2008 par un protocole qui met en place un système de visites régulières dans les lieux de privation de liberté.

CHAPITRE II - LA MÉCONNAISSANCE CHRONIQUE DU DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITÉ

En ce qui concerne la prise en charge psychiatrique des personnes détenues, les atteintes les plus régulières se trouvent dans la méconnaissance du droit au respect de la dignité, notamment à travers le recours systématique à des mesures d'isolement et de contention, ainsi que dans la méconnaissance des droits au secret médical.

SECTION I - L'ENCADREMENT DU DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITÉ

Sur le plan européen, l'article 3 de la CESDH prévoit que « *nul ne peut être soumis à un traitement inhumain ou dégradant* ». Aussi, l'article 1er de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne adoptée à Nice le 7 décembre 2000 consacre le caractère « inviolable » de la dignité. Par ailleurs, au niveau interne, le Préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 présente la dignité comme étant « *le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde* ». Aussi, le Conseil Constitutionnel a érigé la dignité de la personne humaine comme un principe à valeur constitutionnelle et le Conseil d'Etat, dans un célèbre arrêt connu sous le nom de « commune de Morsang-sur-Orge »³¹, voit désormais l'une des composantes de l'ordre public.

³¹ Conseil d'Etat, Assemblée, du 27 octobre 1995, 136727

Le droit au respect de la dignité est par ailleurs largement consacré par les textes en ce qui concerne les personnes privées de leur liberté. Dans son rapport annuel d'activité de 2008, le CGLPL faisait le triste constat que la prison comporte inévitablement une souffrance. Cependant, cette souffrance ne doit pas dépasser un stade qui serait contraire au respect de la dignité de la personne. A cet égard, l'article 10 du Pacte sur les droits civils et politiques du 10 décembre 1966 prévoit que « *Toute personne privée de sa liberté est traitée avec humanité et avec le respect inhérent à la personne humaine* »³². Aussi, le Préambule de la Résolution relative aux droits électoraux, civils et sociaux du détenu, exprime la nécessité de « *promouvoir dans les pays membres du Conseil de l'Europe un système pénitentiaire assurant la protection de la société dans le respect de la dignité de l'homme* »³³. En droit interne, l'article D. 189 du Code de procédure pénale prévoit que « *à l'égard de toutes les personnes qui leur sont confiées par l'autorité judiciaire, à quelque titre que ce soit, le service public pénitentiaire assure le respect et la dignité inhérente à la personne humaine et prend toutes les mesures destinées à faciliter leur réinsertion sociale* »³⁴.

Dès lors, le principe de dignité est un principe prépondérant dans la prise en charge des détenus de manière générale, et il permet également de rappeler que la personne détenue n'est pas exclue de la communauté humaine, au contraire, la spécificité de la situation dans laquelle elle se trouve en fait un sujet de droit qui nécessite des mesures spécifiques.

De manière générale l'un des arrêts les plus parlant en terme d'accès aux soins globaux est l'arrêt de la Cour Européenne, dit arrêt Mouisel c/ France, du 14 novembre 2002. Dans cette affaire, le requérant, souffrant d'une leucémie lymphoïde chronique, n'avait pas bénéficié de mesures plus adaptées à son état. La Cour, pose alors principe général : bien qu'il n'existe pas en tant que telle une obligation générale de libérer un détenu pour motifs de santé, « *la santé d'une personne privée de liberté fait désormais partie des facteurs à prendre en compte dans les modalités d'exécution de la peine, notamment en ce qui concerne*

³² Pacte international relatif aux droits civils et politiques adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution du 16 décembre 1966.

³³ Résolution Res(62)2 Droits électoraux, civils et sociaux du détenu.

³⁴ Article D189 du code de procédure pénale.

la durée du maintien en détention »³⁵. Or, la sauvegarde du respect à ce droit est d'autant plus problématique dans les situations impliquant des personnes atteintes de troubles mentaux du fait de leur vulnérabilité et de leur dépendance. La preuve de cette difficulté se trouve dans l'abondance de la jurisprudence en matière de violation de la dignité des personnes incarcérées atteintes de troubles psychiatriques. En effet, selon le juge administratif, « la personne détenue est, du fait de la privation de sa liberté d'aller et venir, incontestablement en situation de vulnérabilité, au point que des droits spécifiques ont été édictés en sa faveur par le législateur pour compenser son état d'infériorité et que l'article préliminaire du code de procédure pénale lui garantit que les 20 mesures de contrainte dont elle fait l'objet ne doivent pas porter atteinte à sa dignité »³⁶.

A titre d'exemple, dans un arrêt *Renolde c/ France* du 16 octobre 2008, la Cour européenne relève la « particulière vulnérabilité des détenus atteints de troubles mentaux ». Dans cette affaire, la France avait été condamnée en raison du manquement des autorités à leur obligation de protéger le droit à la vie d'un détenu, et du manquement au respect de la dignité, suite au suicide d'un détenu qui avait été placé dans une cellule disciplinaire, alors qu'il était atteint de troubles mentaux »³⁷.

Aussi, Le Conseil d'Etat, dans deux arrêts consécutifs³⁸, a jugé que certaines mesures pouvant créer ou aggraver les troubles mentaux doivent répondre au principe de nécessité, et au principe de proportionnalité du but poursuivi, faute de quoi, elles peuvent constituer un traitement inhumain ou dégradant. Les mesures citées par ces arrêts étaient les fouilles corporelles et les mesures d'isolement.

Enfin, dans un arrêt de 2012, le juge strasbourgeois s'était prononcé sur les conditions de détention d'un détenu souffrant d'une psychose chronique et nécessitant donc un traitement

³⁵ Arrêt *Mouisel c/ France*, du 14 novembre 2002.

³⁶ Arrêt *Mouisel c/ France*, du 14 novembre 2002.

³⁷ « Suicide de détenu : la France condamnée pour peine inhumaine et dégradante », *Recueil Dalloz*, 2008 p. 2723.

³⁸ CE 14 nov. 2008, n° 315622 ; CE 17 déc. 2008, n° 293786.

continu. Là encore, le détenu avait effectué de nombreux allers-retours entre le centre pénitentiaire, les cellules adaptées, et le centre hospitalier, ce qui a eu pour effet d'empêcher la stabilisation de l'état de santé du requérant. La cour considère donc qu'il a subi un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 précité. En 2010, la cour conclut une nouvelle fois à la violation de l'article 3 du fait du maintien en détention d'une personne atteinte d'anorexie alors que les préconisations du médecin allaient dans le sens inverse.

SECTION II - LES MESURES D'ISOLEMENTS ET DE CONTENTIONS : UNE ATTEINTE RÉGULIÈRE AUX LIBERTÉS FONDAMENTALES

L'une des atteintes à la dignité du patient la plus fréquente est le recours aux mesures d'isolement et de contentions de plus en plus fréquentes.

En ce qui concerne les mesures d'isolement, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES, devenue la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004), définit la mesure d'isolement comme la situation où se trouve tout patient « *dans une chambre dont la porte est verrouillée et séparée de l'équipe de soins et des autres patients. L'isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soin des établissements de santé* »³⁹.

Par la suite, la HAS donne une définition de l'isolement assimilé à une mesure de protection : il s'agit « *du placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace donc il ne peut sortir librement et séparé des autres patients* ».

Selon ces définitions, les espaces d'isolement peuvent se traduire par de nombreuses formes et ne sont donc pas des locaux spécialement dédiés à ces mesures. Dès lors, l'équipe thérapeutique peut mettre en place une mesure d'isolement dans des modalités singulières, et leur gestion dépend donc de chaque établissement. Les locaux prévus à cet effet sont

³⁹ ANAES, audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie" juin 1998 - page 8.

multiples : il peut s'agir de chambres exclusivement réservées à l'isolement, de chambre dans des unités spécifiques (unité de soins palliatifs, de soins intensifs) ou de n'importe quelle chambre de l'établissement. Leur dénomination peu également changer d'une structure à l'autre, bien que celles qui reviennent souvent sont « chambre d'isolement », « pièce de contention », « chambre d'apaisement », ou « chambre de quiétude ».

En supplément ou en amont de la mesure d'isolement, il est également possible de recourir à des mesures de contention. La HAS définit la contention comme *« l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. »*

Elle peut prendre différentes formes :

- physique : gilets et sangles thoraciques, ceintures, attaches de poignets et de chevilles, barrières de lit.
- médicamenteuse : administration de sédatifs (antidépresseur, tranquillisant, anti-anxiolytique) dans le but de réduire sa mobilité
- psychologique : contraindre via diverses injonctions de manière répétée : « ne bougez pas », « restez au lit »
- environnementale : limitation des déplacements du résident dans un espace

Le recours à la contention se justifie par diverses raisons, parmi les plus courantes:

- La prévention d'une chute,
- La limitation de la déambulation excessive d'un patient,
- La gestion de l'agitation, de l'agressivité ou de l'impulsivité,
- Le souhait du patient, de la famille ou de l'aidant.

En vertu de l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé, qui reprend l'article L. 3222-5-1 du code de santé publique : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.* »

La conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir dans les établissements médico-sociaux du 24 et 25 novembre 2004 a rappelé que l'atteinte à la liberté d'aller et venir de la personne ne peut être légitimée par le seul fondement du principe de précaution : « *La contention est pour le jury une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir. La contention systématique doit être interdite. Pour ce qui concerne les personnes âgées de plus de 65 ans, les études internationales démontrent que la contention ne réduit pas les risques de chute, risques qui semblent justifier le plus souvent son indication. Dans tous les cas, la recherche d'une alternative doit être réalisée* »⁴⁰.

La loi du 26 janvier 2016 a mis en place un encadrement spécifique aux mesures de contention physique, ce qui exclut alors la contention chimique. Cette lacune a par ailleurs été pointée du doigt par le CPT, qui encourage l'intégration des principes du recours à la contention chimique au sein des protocoles médicaux existants.

En pratique, le CGLPL, dans un avis du 15 février 2011 dénonce la systématisation du recours à ces mesures sans réelles nécessités thérapeutiques. En effet, les détenus atteints de troubles psychiatriques hospitalisés sont majoritairement considérés comme étant dangereux ou comme représentant un risque élevé de fugue. Cet a priori se traduit donc fréquemment par le recours à des mesures de contention ou d'isolement dès le début de la prise en charge et ce durant un temps d'observation, mais peu parfois durer tout le temps de l'hospitalisation.

⁴⁰ Conférence de consensus, Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, 24 et 25 novembre 2004

Dès lors, leur condition d'hospitalisation est plus restrictive que leur mode de vie en prison puisqu'ils sont privés de leur possibilité d'aller en promenade, de regarder la télévision ou simplement de contacter des proches. La rigidité de ces mesures, lorsqu'elles ne sont pas adaptées aux besoins du patient, entraîne alors des retours prématurés dans l'établissement pénitentiaire du patient à sa demande.

Autre constat, celui du recours quasi systématique à la contention pour les patients porteurs d'une pathologie chronique déficitaire ou des personnes autistes. Ici, le recours à la contention n'est plus initié par une crainte vis à vis du patient mais par la complexité de la prise en charge. Par conséquent, les alternatives à la contention sont peu nombreuses.

En novembre 2015, la délégation du CPT a effectué son second passage en France et s'est rendue au sein de plusieurs lieux de privation de liberté dont trois établissements de santé et une unité pour malades difficiles. Dans son rapport, la délégation revient sur l'utilisation des mesures de contentions. Elle constate que dans certains cas, l'utilisation des mesures de contentions mécaniques est fréquente et parfois longue et ce, sans surveillance directe et permanente.

Enfin, le problème du recours à la contention systématique est particulièrement visible lors des transports de la personne détenue entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital. En effet, ce transport est effectué par des soignants en véhicule sanitaire qui ont systématiquement recours aux entraves, en dehors de toute base légale car cela n'est prévu ni par la loi, ni par le règlement, et en dehors de toute prescription médicale. Pointées du doigt par le CGLPL et par l'expert des Nations unies chargé des questions sur la torture, cette pratique doit être considérée selon eux comme constituant un traitement cruel, inhumain et dégradant.

CHAPITRE II - LE NON RESPECT DU SECRET MEDICAL

Fondement de l'efficacité des soins, la relation de confiance entre le patient et le médecin est notamment renforcée grâce au secret professionnel. En milieu carcéral, ce principe est garanti par l'indépendance du médecin vis-à-vis des autorités pénitentiaires et judiciaires, dans l'exercice de ses fonctions de soins.

SECTION I - L'ENCADREMENT LÉGISLATIF DU DROIT AU RESPECT DU SECRET MÉDICAL

L'article L.1110-4 du code de la santé publique, inséré par la loi du 4 mars 2002 dispose : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations, concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* »⁴¹.

De même, l'article 4 du code de déontologie médicale indique : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »⁴².

Le décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 du code de déontologie du service public pénitentiaire indique notamment les devoirs des agents de l'administration pénitentiaire envers les détenus, leurs droits et devoirs dans les relations hiérarchiques, ainsi que les devoirs des personnes physiques et des agents des personnes morales concourant au service

⁴¹ Article L.1110-4 du code de la santé publique

⁴² Article 4 du code de déontologie médicale

public pénitentiaire. L'article 10 de ce décret indique : « *le personnel de l'administration pénitentiaire est astreint au devoir de réserve et au respect de la discrétion et du secret professionnels, dans les conditions prévues par les lois et règlements* »⁴³.

Enfin, la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 souligne dans deux articles les règles qui s'imposent :

Article 45 : « *L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique* » ;

Article 48 : « *Ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale* »⁴⁴ ;

La législation en la matière est donc assez conséquente. Cependant, la pratique démontre que son application n'est pas tout aussi évidente.

En ce qui concerne les échanges entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social, le décret no 2016-994 du 20 juillet 2016 est venu préciser que les professionnels peuvent échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge. Cependant ce droit est encadré par deux limites : les informations échangées doivent être seulement celles qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ; et elles sont dispensées aux professionnels dans le périmètre de leurs missions. Par ailleurs, le décret précise que la personne doit être informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant, et ce à tout moment.

En ce qui concerne le secret professionnel partagé dans le cadre des relations du personnel soignant avec les autorités judiciaires et pénitentiaires et de la PJJ, les conditions de ce partage sont prévues à l'article L. 6141-5 du CSP, qui dispose que:

⁴³ Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010

⁴⁴ LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

« Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article – établissements publics de santé spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté –, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires»⁴⁵

Par ailleurs, le partage d'informations est soumis à une procédure spécifique, à savoir qu'il se fait au cours des commissions telles que la commission pluridisciplinaire unique (CPU), la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire ou la commission santé.

SECTION II - LA DIFFICILE APPLICATION DE CE DROIT EN MILEU CARCÉRAL

PARAGRAPHE I - UNE PROBLÉMATIQUE À TOUS LES STADES DE LA PRISE EN CHARGE

La particularité de la mise en oeuvre du respect du secret médical en milieu pénitentiaire repose sur le critère inévitable du partenariat entre le personnel soignant et le personnel surveillant. L'un comme l'autre a besoin d'informations pour remplir son rôle de manière efficace. En effet, les soignants qui sont étrangers à la prison ont besoin de coopérer avec le personnel pénitentiaire afin de mieux comprendre l'environnement du détenu. À l'inverse, le personnel pénitentiaire peut recevoir des informations tenant à la santé psychiatrique du détenu dans le but d'adapter sa prise en charge. A titre d'exemple, le psychiatre peut adresser un certificat médical au personnel pénitentiaire afin que son patient ne fasse plus l'objet d'un placement en cellule disciplinaire, pour des raisons médicales.

⁴⁵ Article L. 6141-5 du CSP, issu de l'article 8 de la loi no 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Lors de plusieurs visites aux seins d'établissements de santé accueillant des détenus le CGLPL constate que les locaux sont souvent inadaptés au respect du secret médical : locaux mal insonorisés, bureaux de surveillants à l'intérieur de la salle de consultation médicale, et que la conservation des dossiers médicaux est peu propice au respect de la confidentialité.

Par ailleurs, le CGLPL constate la présence fréquente de surveillants dans les salles de soins. En effet, cette présence peut être souhaitée directement par les professionnels de santé dans la crainte de la dangerosité du détenu, mais peut également être le fait de l'escorte qui refuse de laisser le détenu sans surveillance pénitentiaire. De même, en l'absence d'interprète, les surveillants et les co-détenus sont souvent utilisés pour les remplacer. Il s'agit d'une pratique répandue, qui pourtant peut être préjudiciable à la confidentialité des soins.

L'attitude des médecins face à ces pratiques est assez diverses : certains praticiens acceptent ces pratiques dans la mesure où ils considèrent que le surveillant pénitentiaire est soumis au secret professionnel, d'autres en revanche refusent que l'escorte soit présente, et préfèrent prendre le risque d'une annulation de la consultation médicale ou de son report en cas de refus du chef d'escorte.

PARAGRAPHE II - LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS

Le CGLPL constate une rupture du secret médical notamment au niveau de la distribution du médicament : non seulement elle est parfois effectuée par le personnel de surveillance, mais de plus, le respect de l'anonymat n'est pas garanti dans toutes les structures. Il arrive que la distribution puisse avoir lieu dans les cellules alors même que le détenu n'est pas présent à ce moment, rendant ainsi la pathologie identifiable aux yeux du codétenu.

PARAGRAPHE III - L'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

La configuration des lieux est parfois peu propice à la conservation en bonne et due forme du dossier médical. En effet, les dossiers sont entreposés dans des locaux qui ne sont pas systématiquement fermés à clef, et accessibles au personnel pénitentiaire. De même lors des extractions médicales, les dossiers sont parfois remis au personnel de surveillance au lieu d'être remis au détenu, et peuvent alors être consultés durant le trajet.

TITRE II - LA FORMATION NÉCESSAIRE DU PERSONNEL PÉNITENTIAIRE

« La pierre angulaire d'un système pénitentiaire à visage humain sera toujours un personnel soigneusement recruté et formé, qui sait adopter l'attitude appropriée dans ses relations avec les détenus et qui conçoit son travail plus comme une vocation qu'un simple emploi. Savoir créer des relations positives avec les détenus doit être reconnu comme étant l'un des éléments clefs de cette vocation. [...] Le vrai professionnalisme du personnel pénitentiaire exige qu'il soit capable de gérer les détenus de manière décente et humaine tout en étant attentif aux questions d'ordre et de sécurité. À cet égard, l'administration pénitentiaire doit encourager le personnel à faire montre d'une certaine confiance et à partir de l'idée que les détenus sont prêts à se comporter convenablement. Le développement de relations constructives et positives entre le personnel et les détenus non seulement réduira le risque de mauvais traitements, mais renforcera aussi le contrôle et la sécurité. En retour, cela rendra le travail du personnel pénitentiaire plus gratifiant »⁴⁶

Comité européen pour la prévention de la torture en matière d'emprisonnement

CHAPITRE I - LES ENJEUX DE LA FORMATION DU PERSONNEL

Dans la prise en charge des personnes privées de leur liberté, le rôle du personnel pénitentiaire est fondamentale. Parmi le personnel pénitentiaire, on retrouve le personnel pénitentiaire à statut spécial (il s'agit du corps de direction et de surveillance), ainsi que le personnel chargé de l'insertion et de la probation. . Les personnes détenues sont alors suivies et contrôlées par des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sur saisine des autorités judiciaires. Ce service, qui a été créé en 1999, joue un rôle de contrôle, de conseil et d'orientation dans le but de favoriser la réinsertion sociale. En milieu fermé, les actions

⁴⁶ Développements dans les normes du Comité européen pour la prévention de la torture en matière d'emprisonnement, Extrait du 11e rapport général du CPT, 2001

menées par les SPIP visent à assurer la prévention de la récidive et permettre aux détenus de préparer leur sortie.

De manière générale, la profession de surveillant pénitentiaire est une profession très dévalorisée. Selon Rostaing, la prison assume les basses œuvres de la société, mais c'est le personnel surveillant qui en supporte le poids.

Par ailleurs, si la prison souffre actuellement du phénomène de surpopulation carcérale, les surveillants pénitentiaires sont à l'inverse en sous-effectifs.

En effet, la Cour des comptes, dès le début des années 2000, avait souligné ce problème: « *En nombre réduit, ces personnels souffrent d'un faible taux d'encadrement, d'une faible reconnaissance, et de la concurrence de personnels de surveillance occupant souvent des postes administratifs ou techniques tout en percevant un traitement supérieur de près d'un tiers au leur* »⁴⁷.

SECTION I - L'ENCADREMENT LÉGISLATIF DU PERSONNEL PENITENTIAIRE

Les règles relatives à la formation du personnel pénitentiaire sont notamment prévues par les Règles Nelson Mandela et par les Règles pénitentiaires européennes.

En ce qui concerne les Règles Nelson Mandela, celles-ci disposent que :

« - tous les membres du personnel pénitentiaire doivent avoir un niveau d'instruction suffisant ;

- tous les membres du personnel pénitentiaire doivent suivre, avant d'entrer en service, une formation générale et spéciale adaptée, qui tienne compte des meilleures pratiques existantes;

⁴⁷ La fonction publique de l'Etat, rapport de la Cour des comptes, décembre 1999

- seuls les candidats ayant réussi les épreuves théoriques et pratiques sanctionnant cette formation sont autorisés à intégrer les services pénitentiaires ;
- l'administration pénitentiaire doit continuer d'offrir à son personnel une formation en cours d'emploi qui permette à ce dernier d'entretenir et d'améliorer ses connaissances et ses capacités professionnelles ;
- la formation visée [...] doit inclure, au minimum, des enseignements concernant :
 - les lois, réglementations et politiques nationales pertinentes, ainsi que les instruments internationaux et régionaux applicables, dont les dispositions doivent guider le travail et l'interaction du personnel pénitentiaire avec les détenus,
 - les droits et devoirs qui s'appliquent aux membres du personnel pénitentiaire dans l'exercice de leurs fonctions, notamment le respect de la dignité humaine des détenus et l'interdiction de certains comportements, en particulier la torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants,
 - la sécurité et la sûreté, notamment la notion de sécurité dynamique, l'usage de la force et de moyens de contrainte, ainsi que la prise en charge des délinquants violents, en tenant dûment compte des techniques de prévention et de désamorçage telles que la négociation et la médiation,
 - les premiers soins, les besoins psychosociaux des détenus et les dynamiques propres au milieu carcéral, ainsi que la protection et l'assistance sociales, notamment le dépistage précoce des problèmes de santé mentale»⁴⁸.

Par ailleurs, les Règles pénitentiaires reprennent des principes qui sont comparables :

- « - Le personnel est soigneusement sélectionné, convenablement formé – à la fois dans le cadre de son instruction initiale et de sa formation continue ;
- Le personnel pénitentiaire exécute une importante mission de service public et son recrutement, sa formation et ses conditions de travail doivent lui permettre de fournir un haut niveau de prise en charge des détenus»⁴⁹.

⁴⁸ Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus.

⁴⁹ Les règles pénitentiaires européennes (RPE).

En effet, la participation des agents est donc primordiale pour assurer l'effectivité des droits fondamentaux, ainsi que pour assurer la sécurité, échanger des informations, et prendre part à l'accompagnement psychologique et social de la personne détenue en vue d'un retour à la liberté. Surtout, l'agent de sécurité est l'agent qui détient la meilleure position pour veiller au respect de l'application des textes en vigueur.

SECTION 2 : UNE PROBLÉMATIQUE FAISANT L'OBJET DE RECOMMANDATIONS RÉGULIÈRES DU CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté déplore que le personnel pénitentiaire n'est pas formé pour repérer et gérer les troubles mentaux, notamment pour ceux qui surviennent au cours de l'incarcération, étant donné que les troubles préexistants ont plus de chances d'être détectés à l'admission du détenu.

Dans un premier temps la formation permettrait aux personnels de décomplexer les relations avec la personne détenue. En effet, la formation des professionnels pénitentiaires est axée sur la sécurité et ne prépare donc pas à la gestion de la maladie mentale.

Actuellement la prévention du suicide fait l'objet d'un enseignement du personnel notamment à travers le repérage de la crise suicidaire. En revanche la prise en charge des personnes dépressives, et la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychotiques de manière générale n'est pas abordée.

Il est d'autant plus important que le personnel soit formé que certaines personnes détenues n'ont pas formulé de demande de consultation ou montré de signes permettant de soupçonner des troubles mentaux. De plus certaines personnes, bien qu'elles soient conscientes des troubles qui les affectent, ont des difficultés à solliciter une consultation de manière spontanée. Cette problématique est d'autant plus réelle en prison là où le problème

psychologique peut être considéré comme un aveu de faiblesse, ou à une stigmatisation comme auteur d'une infraction à caractère sexuel.

A contrario il arrive que la demande de soins psychiatriques soit interprétée non pas comme un réel besoin mais comme une manœuvre d'instrumentalisation de manière utilitaire, c'est-à-dire que la demande soit motivée par la volonté d'étayer un recours juridictionnel ou une requête auprès du juge de l'application des peines, afin d'obtenir un aménagement de peine, ou à une libération prématurée.

Par conséquent la prise en charge par le personnel pénitentiaire est souvent mal adaptée. C'est pourquoi, le CGLPL recommande que le personnel de surveillance des établissements pénitentiaires, ainsi que le personnel médico-social, et le personnel médical bénéficient d'une formation à la détection et à la gestion des troubles mentaux de la population pénale.

Il s'agirait d'une formation systématique pour le personnel de surveillance dont la place aux côtés des détenus est quotidienne. L'objectif de cette formation serait, non pas de conduire des surveillants à prendre en charge la pathologie, mais surtout de favoriser son repérage et la mise en œuvre de modalités de surveillance qui la prennent en compte sans l'aggraver.

En ce qui concerne les infirmiers diplômés d'Etat affectés dans un service psychiatriques, le CGLPL recommande qu'ils bénéficient d'une formation spécifiques afin d'approfondir leurs connaissances en matière de dispositions juridiques applicables aux patients hospitalisés sans consentement.

La formation du personnel pénitentiaire permettrait de grands avancées selon le CGLPL qui observe une interaction entre la prise en compte de cette formation et le bon fonctionnement de certains centres. Lors d'une visite d'un centre éducatif fermé en 2016, le CGLPL constate que les personnels bénéficient d'un accompagnement d'équipe qui est intégré dans leur

planning. L'accompagnement est volontaire, ce qui permet un plus grand investissement du personnel.

Par ailleurs, lors d'une visite au sein d'un centre hospitalier spécialisé en 2015, le CGLPL constate qu'une formation d'une durée de 20 heures est accessible aux infirmiers et aux aides-soignantes. Certains établissements visités font appel à des organismes extérieurs afin qu'il dispensent une formation en soins psychiatriques aux infirmiers. A l'issue de cette formation les infirmiers obtiennent un certificat intitulé « infirmier spécialiste en soins psychiatriques ». Enfin, d'autres établissements ont mis en place un système de parrainage dans le but d'accompagner l'entrée dans de nouvelles fonctions en relation avec la psychiatrie, afin que le personnel puisse discuter avec des personnes formées par leurs expériences avec les détenus ou par leurs rencontres avec le personnel. En plus d'apporter des recommandations de bonnes pratiques, ce système de parrainage apporte également un soutien psychologique qui peut se révéler indispensable dans certaines situations.

Aussi, lors de sa sixième visite en France, le CPT a interrogé la France sur la mise en place de sanctions appropriées en cas d'actes de violence physique ou verbale du personnel de surveillance envers les détenus.

De même, le CGLPL avait relaté en 2013, l'identification de plusieurs comportements violences qui avaient été allégués et qui avaient laissé des traces physiques, sans que les services médicaux n'effectuent les signalements nécessaires, le plus souvent par crainte de représailles de la part des personnes détenues.

En effet, le CGLPL reçoit fréquemment des plaintes des personnes incarcérées relatives à des faits de violences en détention. Lorsque les faits sont précis, ils font l'objet d'un signalement au procureur de la République en application de l'article 40 du code de procédure pénale.

Cependant il est fréquemment impossible de relater des faits précis. De manière générale il est difficile d'identifier les personnes qui sont mises en cause ainsi que les dates des faits. De plus il est courant que les personnes détenues ne souhaitent pas que leur nom soit mentionné

et n'acceptent de parler qu'en échange d'une promesse de ne rien divulguer, et ce de peur de représailles.

L'appréciation de la maltraitance est d'autant plus difficile dans le cas des personnes souffrant de troubles psychologiques : il est difficile de discerner s'il s'agit d'une maltraitance réelle ou d'un sentiment de la personne concernée.

De manière générale, la dénonciation d'atteinte aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté ne semble pas faire l'objet de sanctions fréquente lorsqu'on étudie le nombre de faits signalés et le nombre de poursuites. Entre 2013 et 2015 la police nationale n'a signalé que deux procédures disciplinaires pour des manquement au devoir de respect de la dignité de la personne privée de liberté, et 12 procédures pour des manquement au devoir de protection de la personne interpellée en lien avec des mesures de détention.

En ce qui concerne l'administration pénitentiaire, la méconnaissance des droits fondamentaux des personnes privées de liberté par ses agents est sanctionnée par des procédures disciplinaires. Une analyse de ces sanctions sur les années 2014, 2015 et 2016 permet d'établir que :

- Quinze agents ont été sanctionnés pour la méconnaissance de droit à la protection de l'intégrité physique. Quatorze de ces cas ont fait l'objet d'une exclusion temporaire de fonctions, et le déplacement d'office a été prononcé pour un agent.
- Un seul agent a été sanctionné par une révocation pour le non respect au droit de la vie privée du détenu.
- Un seul agent a été sanctionné par une révocation pour la méconnaissance du droit à ne pas être soumis à un traitement dégradant.

Au total il ne s'agirait donc que de 17 cas sur trois années dans toute la France.

L'un des principaux obstacles au signalement des comportements non professionnels est l'identification des agents. Contrairement au personnel médical qui est en principe désigné par son nom est également inscrit sur leur tenue de travail, et aux éducateurs qui sont de manière générale connus par les mineurs, le personnel pénitentiaire est identifié par un numéro qui permet de les désigner tout en préservant leur anonymat.

Cette obligation découle des dispositions de l'article R. 434-15 du code de la sécurité intérieure qui dispose que : « *Le policier ou le gendarme exerce ses fonctions en uniforme. Il peut être dérogé à ce principe selon les règles propres à chaque force. Sauf exception justifiée par le service auquel il appartient ou la nature des missions qui lui sont confiées, il se conforme aux prescriptions relatives à son identification individuelle* »⁵⁰

De même, l'arrêté du 24 décembre 2013 prévoit que « *Les agents qui exercent leurs missions en tenue d'uniforme doivent être porteurs, au cours de l'exécution de celles-ci, de leur numéro d'identification individuel* »⁵¹.

L'explication à cette hésitation de sanctionner de la part de l'administration pénitentiaire est la suivante. Les poursuites disciplinaires ont des conséquences très lourdes sur les carrières dans la mesure où les répercussions sont plus durables. Si on prend l'exemple d'un agent dont la sanction serait le diffèrement de son avancement de plusieurs années, la conséquence au niveau salariale pour une année serait approximative à 3 000€, ce qui est donc plus lourd qu'une amende.

Or, il reste nécessaire qu'un manquement professionnel ou déontologique soit sanctionné, et qu'une conséquence en soit tirée. Cependant, les conséquences doivent rester mesurées. Afin de pallier cette difficulté, l'inspection générale de la police nationale a mis en place une procédure alternative à la poursuite disciplinaire, adaptée à certains manquements.

⁵⁰ Article R. 434-15 du code de la sécurité intérieure.

⁵¹ Arrêté du 24 décembre 2013 relatif aux conditions et modalités de port du numéro d'identification individuel par les fonctionnaires de la police nationale, les adjoints de sécurité et les réservistes de la police nationale, pris pour l'application de cette disposition.

Dès lors cette alternative peut être mise en place dans le cas d'une faute commise par un agent, pour des faits peu graves ou aux conséquences peu dommageables, ou avec méconnaissance de la déontologie, mais sans mauvaise intention et sans déni, dans le but d'éviter une sanction du premier groupe type avertissement ou blâme. Cette alternative serait plus pédagogique mais cependant tout aussi exigeante.

CONCLUSION :

Alors que la France était reconnue comme l'un des pays pionniers d'une psychiatrie plus ouverte dans les années soixante-dix, la qualité des soins de santé mentale dans les prisons est aujourd'hui largement considérée comme lacunaire. Bien que les personnes atteintes de troubles psychiatriques soient surreprésentées dans la population carcérale, l'offre de soin reste inégalitaire, le personnel n'est pas suffisamment formé, et les pathologies sont peu connues.

Par ailleurs, tandis que certains psychiatres souhaiteraient anticiper la prise en charge de ces pathologies et s'orienter vers une consultation dès le début de l'interpellation des prévenus, c'est à dire au stade de la garde-à-vue, la problématique de la continuité des soins psychiatriques après la détention est à l'inverse peu abordée. En effet, le SMPR de l'ancienne maison d'arrêt de Paris-La Santé, au centre hospitalier Sainte-Anne, est l'un des seuls aujourd'hui à proposer une consultation spécifique pour les personnes sortant de prison. La rupture de la continuité de la prise en charge est pourtant un enjeu majeur, compte tenu des difficultés que peuvent rencontrer les détenus à leur sortie de prison : choc de la libération, méconnaissance des structures assurant le relais, besoin de réinsertion etc. C'est pourquoi, la création d'une filière de soins post-incarcération, sans qu'elle soit marginalisante, semble être opportune.

BIBLIOGRAPHIE

Perrier Jean-Baptiste, *Soins et privation de liberté: actes du colloque Du 4 Avril 2014*, DECITRE libraire, collection « Centre Michel De L'hospital » , 2014, p.190.

Laurent Michel, Betty Brahmy, *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*, Heures de France, collection « Guides professionnels de santé mentale », 2005, p 394.

Adeline Hazan, *Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale - Approche concrète sur la base de l'expérience du Contrôleur général des lieux de privation de lieux de privation de liberté*, Dalloz, 2018, p.168.

Dr. Emmanuelli et Schechter (IGAS), Delbos, Danel et Durand-Mouysset (IGJ) , *Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées pour les personnes détenues*, 2020, p 84.

Hazan Adeline, *Personnel des lieux de privation de liberté. Rapport thématique CGLPL n° 2*, Dalloz, 2017, p 172.

Cassan Pauline, « Rapport du Comité européen pour la prévention de la torture sur la situation des détenus placés en établissements psychiatriques » *Revue droit & santé*, n°78, 2018, p.622-625.

Zagury Daniel, « Irresponsabilité pénale du malade mental : le rôle de l'expert », *AJ pénal*, 2004, p.311.

Vauthier Jean-Philippe, « Contention, quand tu nous (re)tiens ! », *RDS*, n° 71, 2016, p. 333-335.

Chapeau Pierre-Yves, « Quand simplification ne rime pas avec amélioration des soins dispensés aux personnes détenues », *RDS*, n° 85, 2018, p. 799-800.

Betty Brahmy, « Psychiatrie et prison », *Études*, n°402, 2005, p. 751-760.

Dubret Gérard, « UHSA: un formidable effort dans la mauvaise direction », *L'information psychiatrique*, n°84, 2008, p543-550.

Blanchet Mariannick, « Un nouveau dispositif de soin : l'UHSA », *Empan*, n°100, 2015, p. 173-182.

Collectif Contrast, « La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement? », *Déviances et Société*, n°39, 2015, p 429-453

Roelandt Jean-Luc, « Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soin et enfermement », *L'information psychiatrique*, n°85, 2009, p. 525-535

Denis Faustine, Grohens Marc, « Psychiatrie et prison », *Laennec*, n°64, 2016, p. 18-31.

Hennion-Jacquet, « Patricia, Dignité et détention des personnes souffrant de troubles mentaux », *RDSS*, 2009, p 509.

Garrabé Jean, « De la criminologie à la psychiatrie en milieu pénitentiaire », *Perspectives Psy*, n°45, 2006, p. 356-360.

David Michel, Paulet Catherine, Laurencin Gérard, « Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? », *L'information psychiatrique*, n°88, 2012, p. 605-6015.

Philippe Goujon, Charles Gautier, « Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale ? Rapport d'information », n°40, 2006.

Agathe Hieulle Boutry, « Soins médicaux généraux en UHSA : une enquête nationale », *Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine*, 2017.

Vincent Vioujas, « Les soins psychiatriques aux détenus : des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure » *RDSS*, 2011, p.1071

Betty Brahmy « Psychiatrie et prison : constats et recommandations – Betty Brahmy », *AJ pénal*, 2004, p.315

Patrick Mouge, Emmanuel Sautereau, « Quels rôles pour le psychiatre en milieu pénitentiaire ? », *VST - Vie sociale et traitements*, n°124, 2014, p. 45-49

Dubret Gérard, « UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction », *L'information psychiatrique*, n°84, 2008, p 543-550

Prieto Nathalie, « La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR » *L'Encéphale*, n°30, 2004, p. 525-531

Manzanera Cyril, « Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques » *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, n°162, 2004, p. 686-699

Fovet Thomas, Thomas Pierre, Amad Ali, « *Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* », 2015, p. 726-730

Mijuskovic Volodia, « Une prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux encore défailante dénoncée par le CGLPL » *Revue droit & santé*, n°94, 2020, p. 343-345